الفصل الواحد والعشرون

فحص مشكلات المسنين

Problems in the elderly investigation

R. T. Woods ر . ت . وودز

الفصل الواحد والعشرون

فحـــص مشـــكلات المســـنين

ر . ت . وودز **R. T. Woods**

مقدمة :

يتزايد فى الوقت الراهن للغاية عدد الأشخاص المسنين ، وهناك أناس أكثر وأكثر يعيشون لما بعد الخامسة والسبعين . وقد استقر الآن النمو السريع الذى حدث فى وقت سابق لمجموعة من يتجاوزون الخامسة والستين . والزيادة فى حجم هذه المجموعة من المسنين مهم على وجه الخصوص ؛ فالارجح أنهم الأوسع استخداماً للخدمات الصحية والاجتماعية مقارنة بأصحاب المرحلة العمرية من ٦٥ إلى ٧٤ عاماً، وينظر إلى هذا الأمر فى بعض قطاعات المجتمع باعتباره يمثل أزمة ، وهو يمثل بالنسبة للأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين تحديا مهمّا لهم لكى ليطوروا طرقًا يمكن أن تسهم فى سعادة ورفاهية المسنين ، وأولئك الذين يقومون برعايتهم .

ومن بين الأمور المشجعة حقيقة أن أغلب المسنين ليسوا واهنين ، ولا شديدى الاعتمادية أو مشوشى الذهن ؛ فثلاثة ارباع من يتجاوزون الخامسة والسبعين لا توجد لديهم ، على سبيل المثال ،أية درجة من درجات العته (1). والواقع أن دراسات التوافق فى مرحلة الشيخوخة دائمًا ما تحدد مجموعة كبيرة من فائقى السواء بين المسنين جيدى التوافق ، والناضجين والقادين . ويوجد قدر مهم من الإمكانات غير المطروقة لمساعدة الذات لدى المسنين . ومن بين أولئك الأكثر قدره من هم فى حاجة إلى المساندة. ومن الأمور المشجعة أيضًا ذلك التباين الضخم فى الأهتمامات ، والقدرات ، والآراء ، والخبرات ، والصحة ، ونمط الحياة بين المسنين ، إذ كان الوقت متاحًا لديهم لتطوير كل ذلك خلال مسارات متعددة أكثر ، مما هو متاح لدى الأصغر عمراً ، وتغطى فترة الشيخوخة فى أغلب الأحوال مدى عمريًا يصل إلى ثلاثين عامًا . والعمر الزمنى منبئ غير مُحكم للصحه البدنية والعقلية ، ولهذا فإن أى تعميم حول المسنين يحتمل أن يكون مضللاً ، ويحتاج لما يبرره .

ولا يعد كبر العمر مرضًا بأكثر مما تعد الطفولة مرضًا ، وقد يصف البعض هذه المرحلة باعتبارها المرحلة الارتقائية قبل الأخيرة . ولا يحتاج كل المسنين لتقييم أو علاج ، وكما هو الأمر مع الناس الأصغر عمراً ، لابد أن يكون هناك سبب معين يدعو للتدخل النفسى .

ودائما ما كان التقييم السيكومترى هو المهمة الرئيسية للأخصائى النفسى الأكلينيكى مع المسنين، وأصبح من السائد الآن علاج المسنين والتعامل مع مشكلاتهم ومشكلات أولئك الذين يقومون برعايتهم ، ومع ذلك يظل التقييم النفسى مهمًا : فأى برنامج علاجى ذو قيمة يتعين أن يعتمد على تقييم

---

(1) Dementia.

وصياغة دقيقة . وعلى الرغم من ذلك يتعين إعادة تقييم الأسئلة والاهتمامات ، التى يدور حولها التقييم النفسى ومضمونه. ويقدم كتاب بيتش وهاردنج Beech and Harding (1990) المعنون « تقييم المسنين » (١) مراجعة مفيدة لعدد من مقاييس التقييم النوعية شائعة الاستخدام مع المسنين بالإضافة إلى مناقشة للقضايا العامه .

لماذا نختبر المسنين ؟

كان الانشغال الأولى بالتقييم النفسى للمسنين هو التشخيص الفارق بين الاكتئاب والعته على وجه الخصوص . وعلى الرغم من ذلك فقد استخدم التقييم الاصطلاحى لعدد من الأغراض الأخرى :

- استخدم لقياس احتمال حدوث تدهور فى الوظائف المعرفيه ومدى هذا التدهور .
- للكشف المبكر عن مرض الزايمر (٢) ، وأنواع العته الأخرى .
- لتحديد وتمييز خصائص الآفات المعرفيه واشكال العته المختلفة .
- لملاحظة التغير على مدى الزمن (لوصف التاريخ الطبيعى للعته على سبيل المثال) .
- لتقييم استجابة الشخص المسن لمجال من التدخلات (مثل : التدريبات ، وبعض العقاقير ، والتدخل النفسي) ، واختبار الآثار الجانبية (لمضادات الاكتئاب على الذاكره مثلا) .
- تحديد المرضى الذين تناسبهم علاجات معينه .
- لأختيار الأماكن والخدمات المناسبة للمسنين .
- توفير إجابات للمسنين والقائمين على رعايتهم حول مصادر القوة والضعف لديهم (بما فى ذلك الآفات النفسية العصبية (٣)) ، وكذلك حول الاستراتيجيات التعويضية الممكنة .

ويتعين وضع تمييز أساسى بين التقييم التشخيصى والتقييم الوصفى ، والأخير هو الهدف ذو الأولوية فى تمييز وتحديد وضع المريض فى فئه أو أخرى . بينما يهدف الأول رسم البروفيل الخاص بالأداء النفسى ، نمط القدرات والآفات ، وهو يوفر بالتالى معلومات مُمكنه الاستخدام لعدد من الأهداف التى سبق الإشارة إليها . ويتعين دائمًا أن يكون هدف أى تقييم موضحًا بعناية ، وحيث تشير الإستراتيجيات والإجراءات المختلفة إلى أهداف مختلفة .

التقييم التشخيصى

استُهلك قدر كبير من الطاقة على مدى أعوام لتطوير اختبار ، يمكن أن يميز بين مجموعات المرضى المسنين ، ممن شخصوا على أن لديهم اكتئابًا أو عتهًا ، وهو الأمر الأكثر أهمية لأختبار وتقييم الحالات الفردية ، على أن تكون لمثل هذا الاختبار معدلات خطأ منخفضة فى تحديدة فئه الشخص . والأمثلة لهذا الاختبار تتضمن مؤشرات مقياس وكسلر لذكاء الراشدين العديدة ، واختبارات التعلم والسرعه (مثل: اختبارات كيندرك المعرفيه للمسنين (٤)) ، والتى ستناقش بتفصيل أكبر فى الأجزاء التالية .

---

(1) Assessment of the elderly .
(2) Alzheimeris Disease.
(3) Neuropsychological deficits.
(4) The Kendrick Cognitive tests for the elderly.

وهناك صعوبة رئيسية تتمثل فى أن الاختبارات صممت وقننت على حالات اكتئاب وعته محددة تماماً. أما الحالات الحقيقية (أى الأقل تحدداً) ، والتى يكون التقييم النفسى مطلوباً فيها للمساعدة على التشخيص ، فقد استبعدت من مجموعات التقنين . ونمطياً ، وعندما يكون هناك شك فى التشخيص ، تكون نتائج الاختبارات النفسية ملتبسه ، وهو الأمر الذى تبينه اختبارات كيندرك ، التى تحدد بطريقة دقيقة تقريباً الحالات الحادة المحددة تماما . بينما تخطئ تصنيف حوالى نصف أفراد العينة من المرضى السيكاتريين ممتدى الإقامة . (Kendrick et al., 1979; Gibson et al ., 1985)

يجب أيضاً وضع المعدلات القاعدية [1] فى الاعتبار ، فالقيمة التشخيصية للاختبار تعتمد على القدر النسبى من المجموعات التشخيصية ، التى تحتاج بالفعل لأختبارها ؛ فالترجيح الكبير لمجموعة يعنى مستوى مرتفعاً بقدر متطرف من التمييز ، وهو الأمر المطلوب من الاختبار ، إذا كان يتوقع أن يكون أكثر كفاءه من مجرد تمكنه من إدراج كل المرضى فى المجموعة التشخيصية المتطرفة التكرارات . وتحتاج النقاط المميزه أو القاطعة [2] لفئات التشخيص المتعدده لأن تحدد موضوعيا بناء على هذه المعدلات القاعدية.

ويؤدى استخدام التشخيص الأكلينيكى كمحك لصدق الاختبار إلى خطأ لا يمكن تجنبه ؛ حيث يستحيل أن يتسم التشخيص الأكلينيكى بالثبات . وعادة ، وهو ما تبين من خلال ثمانية عشر دراسة ، ما يعاد تشخيص ١٠ فى المئة من الحالات ، التى شُخصت بدايه على أنها عته عضوى [3] ، بعد ذلك على أنها اكتئاب (De Rosiers, 1992) . ولن يكون من الصواب تحديد صدق الاختبارات مقابل التشخيص الأكلينيكى ، الذى يتم فقط خلال لحظة زمنية واحدة . ولكى نفحص الفروق بين الأشكال المختلفة من العته يحتمل أن يكون من الضرورى الاعتماد على الصدق المتأخر [4] للتشخيص الأكلينيكى ، عندما يحدث مستقبلاً.

وبينما يكون استخدام الاختبارات التشخيصية أمراً مُشكلاً ، إلا أنه ، على الرغم من ذلك ، قيمة؟ ويتعين أن توضع فى الاعتبار البدائل التشخيصية الأخرى . ويؤدى تشخيص الاكتئاب فى الوقت الراهن إلى بعض انواع العلاج ، بينما يؤدى تشخيص العته عادة إلى إثارة التنبؤات ، حول المآل الضعيف والتدهور . وهناك الكثير الذى يجب أن يقال حول عدم استخدام تعبير عته فى الحالات المشكوك فيها، وحول الاتجاه دائماً إلى علاج الاكتئاب عندما يكون واضحاً ، دون اعتبار للوضع المعرفى . وإذا كان العته موجوداً أيضاً (والعته والاكتئاب بكل المعاييرمستقلين تماماً) فإنه سيكون واضحاً . بينما سينتفى الشك، حول التدهور العقلى بعد العلاج الناجح للأكتئاب فى الكثير من الحالات . وقد يؤدى التطور فى عديد من أشكال التدخل الفارماكولوجية فى الكثير من حالات العته ، خلال السنوات القليلة القادمة إلى جعل مثل هذه القرارات أكثر تعقيدا .

والإحجام عن استخدام الاختبارات النفسية بوصفها اختبارات تشخيصية هو تذكير جيد لحقيقة أن التشخيص يتضمن الجمع بين أنماط متعددة من المعلومات ، حول الشخص ، الذى تكون نتائج اختباره المعرفى مصدر واحد فقط . وفى هذا التشخيص الفارق دائماً ما تكون بعض الملامح الأخرى ، مثل: المزاج ، وتاريخ الاضطراب وغيره متعلقة بالقدر نفسه ، الذى تتعلق به الحالة المعرفية .

(1) Base Rates .
(2) Cut . off Points .
(3) Organic dementia.
(4) Post - mortem .

التقييم الوصفى

سيتم التركيز هنا على الجوانب الوصفية للأداء النفسى للمريض ، والتغيرات التى تحدث فيه . وقد يظل ذلك معاونًا للتشخيص . والفرق هنا هو أن الدرجة الضعيفة على أختبار للتعلم مثلاً ، ستؤدى على الفور إلى تقييم للأسباب المحتمله للفشل . وليس إلى تقرير تشخيصى ، يحتمل أن يعكس فقط واحداً من التغيرات العديدة للأداء الضعيف على الاختبار .

وللتقييم الوصفى مشكلاته الخاصة ، والتى ربما تكون نتيجة للتأكيد التقليدى على الأختبار التشخيصى، وقد يكون مجال الأداء النفسى الذى يمكن تقييمه بالفعل محدوداً للغاية ، كما أن تأثيرات الاستخدام المتكرر للكثير من الاختبارات ، والعلاقة بين نتائج الاختبارات والسلوك فى الحياة الواقعة لم يتم التأكد منه بعد .

وإذا أتُبع هذا الأسلوب من التقييم ، فسيصبح من الممكن على الرغم من ذلك ، توفير إسهام نفسى متميز فى مجال العناية بالمرضى المسنين . ويؤدى تقييم التغير فى الوظائف إلى المساعده فى تقييم تأثيرات التدخل (النفسيه أو غيرها) ، أو تقدير معدل التغير مثلاً فى حالة شخص لديه عته يحتاج لتقييم . ويمكن للوصف التفصيلى للمستويات الراهنة وأنماط القدرات والآفات والتغيرات فى كل ذلك على مدى الزمن أن يكون معينًا فى ارشاد المرضى و/ أو الذين يقومون برعايتهم .

وقد يساعد ذلك أيضاً على تطوير استراتيجيات للتوافق مع الافات أو للتغلب عليها (Volans and woods, 1983) . ويمكن تقدير صدق التقييم الوصفى من خلال قوته التنبؤية فى حالات محددة ، مثال ذلك عند استخدامه ، لتعيين وتحديد مواقع الحصول على العلاج أو خدمات المساندة أو لقياس معدل التدهور .

الشيخوخة السويه

يتطلب إضفاء معنى على التقييم النفسى الوصفى بعض المعرفة بالتغيرات المرتبطة بالعمر ، لدى الأشخاص الأسوياء المسنين . وقد قدم سيتوارت – هاميلتون Stuart - Hamilton (1991) ، وكيميل Kimmel (1990) مراجعات جيدة حول الموضوع ، ويتضمن المرجع الشامل لبيرن وشائى Birren and schaie (1990) مراجعات تفصيلية ، وستتم هنا مناقشه القضيه المحوريه .

النتائج المضللة لمقياس وكسلر المعدل لذكاء الراشدين (WAIS - R)

تظهر معايير مقياس وكسلر المعدل لذكاء الراشدين أن قمة نسبة الذكاء تكون حول عمر الخامسة والعشرين ، ثم يحدث انخفاض ثابت حتى عمر الخامسه والستين أو حول ذلك قبل أن ينخفض بسرعه أكبر . وهذه الفروق العمرية هى التى أمكن التوصل إليها من خلال المنهج العرضى (١) ، المستخدم فى اختبار مجموعات من المفحوصين ، فى كل الاعمار عند نقطة زمنية معينة . وحيث تقارن – مثلاً – مجموعة الأفراد الذين ولدوا عام ١٩٥٠ بمجموعة الأفراد الذين ولدوا عام ١٩١٥ ، فلن يختلف الأفراد عندئذ وببساطة من حيث العمر فقط ، ولكن من حيث العناية الصحية المبكرة ، والتغذية ، والسكن ، والتعليم ، وفرص التوظف ... الخ. وتؤدى الدراسة الطولية (٢) للمفحوصين أنفسهم بعد عدد من السنين إلى مؤشرات أفضل للتغيرات العمرية . والقيام بدراسة طولية على المدى العمرى يجعل النتائج قاصرة على

(1) Cross - Sectional
(2) Longitudinel.

الاختبارات التى كانت متاحة بداية ،كما ويحتاج إلى الكثير من الباحثين . وقام أوينز owens (1966) بمتابعة مفحوصين ، طبق عليهم اختبار ألفا للجيش (١) وهم فى الثامنة عشر من اعمارهم ، وقد أظهروا تحسنًا فى أدائهم بعد ثلاثين عاما ، ثم اظهروا انخفاضا قليلا فى عمر الواحد والستين ، وهى مؤشرات تتناقض مع معايير وكسلر . وتظهر الدراسات على المفحوصين الكبار على مدى فترات بين ٧ ، ٢٠ عامًا بعض الانخفاض ، الذى يكون عادة فى الدرجات الأدائية ، وهو يظهر فى الستينيات ، مع إنخفاض فى درجات المقاييس اللفظيه لدى المفحوصين الأكبر . كما يمكن أن تكون النتائج الطولية مضللة أيضاً نتيجه لتأثيرات التدريب ، والألفه بالاختبار المعين ، وموقف الاختبار. كما أن الحالات الانتخابية المستبعدة تعد مشكلة هى الأخرى ؛ فالمفحوصين الذين يتاح إعادة اختبارهم هم أولئك الذين كانت درجاتهم الأولى أكثر ارتفاعاً من اؤلئك الذين خرجوا من الدراسه (Siegler and Botwinick, 1979) . ومع كل مره من مرات اعاده الاختبار ، تتزايد انتخابية العينة .

وقد نجح شائى وزملاؤه Schaie et al. (1990) من خلال سلسلة من الدراسات التقليدية فى الجمع بين المنهجين ؛ فقد اختبر مفحوصين من كل المجموعات العمرية فى البداية ، ثم أعيد اختبارهم بعد سبعة أعوام ، وأربعة عشر عاماً ، وواحد وعشرين عاماً . وتم القيام بهذه الدراسات العرضية الاربعة على كل من المفحوصين أنفسهم (دراسة طولية أو اختبار متكرر) وعلى مفحوصين جُدد (قياسات مستقلة) فى هذه الدراسه ذات التصميم « عبر التتابعى » (٢) . وقد اظهر القياس الطولى تدهوراً أقل ، وأظهر القياس العرضى درجه أكبر من التدهور ، بينما احتل القياس المستقل مكانة متوسطة . وقد ظهر التدهور فى فترة أبعد ، مما تؤكده معايير وكسلر لذكاء الراشدين ، حول عمر الخمسين فى بعض الوظائف ، وحول الستين أو السبعين فى البعض الآخر .

والنقطة الجوهرية فى هذا البحث المعقد ، وحيث ثبت فى الواقع استحالة الكشف عن كل المتغيرات المتضمنة ، هى أن هذه المجموعة من الفروق يمكن أن تكون كبيرة بقدر التغيرات العمرية على مدى الحياة ، وهذا التأكيد الذى خرجت به مطلوب لاستمرار تحديث المعايير العمرية .

التغيرات متعددة الأبعاد

مهما كانت المنهجية المستخدمة فى اختبار المسنين ، يبدو أن هناك وظائف مختلفة تميل للتدهوربمعدلات مختلفة . وتتدهور القدرات اللفظية ، والقدرات المدمجة جيدة التعلم – القدرات المبلورة (٣) –ببطء أكبر من القدرات الخام (٤) بما فى ذلك مرونه الاستدلال فى المواقف الجديدة . ويبدو أن سرعة العمليات العقلية تتأثر على وجه الخصوص فى مستوى مركز اتخاذ القرارات ، وليس فى مستوى الاستجابات الطرفية البسيطة فقط . ويثور نقاش حول ما إذا كان هذا البطء مسئولاً تماماً عن الفقدان المبكر للقدرات الأدائية ، وحيث دائمًا مايوجد تأكيد على سرعة الأداء ، باعتباره عامل جوهرى .

ودائمًا مايدافع عن أن الاختبارات الحالية تعتمد على تلك المكتسبات التعليمية والوظيفية ، ذات القدرة التنبؤية لدى الراشدين والاطفال . وإذا اختبرت القدرات الأكثر صلة بالمطالب المعرفية لدى المسنين،

(1) Army Alpha.
(2) Cross - Sequential Design.
(3) Crystallised.
(4) Fluid.

فيجب توقع أن تظهر زيادة فى القدرات ، وفى المعارف الخاصة بالمعلومات العملية (Demming and Pressey, 1957) أو فى الحكمة والقدرات المتكاملة .

الفروق الفردية

هناك تباين كبير فى معدل تغير القدرات العقليه بين المسنين ، ويحتاج الأمر تمييزاً بين العمر الزمنى والعمر الوظيفى (١) ؛ فعلى الرغم من أن الأعمار الوظيفية (الأدائية) ستكون أكثر دقة ، إلا أن الجوانب المختلفه تتغير بمعدلات مختلفة . وقد أوضح شائى (1990) Schaie أن الأغلبية العظمى من المسنين يظهرون استقراراً فى بعض مجالات الاداء الوظيفى على مدى فترة ، تمتد لسبع سنوات على أقل تقدير . وأن نمط التغير غالباً ما يختلف جوهرياً بين الأفراد . وقد أوضح هولند ورابيت Holland and Rabbitt (1991) ، باستخدام بيانات من اختبار مدى الأرقام عبر مجموعات عمرية مختلفة ، أنه بينما يتناقص متوسط الدرجات مع العمر ، إلا أن هناك زيادة ملحوظة فى التباين مع العمر – أى بينما يتدهور البعض ، يظل البعض الآخر كما هم ، أو تتحسن وظائفهم – إذاً فهناك فروق بين الأفراد ، كما أن هناك بالمثل فروقاً فى بروفيل أداء الفرد الواحد . وهناك الآن اعتراف أن فرداً ما يمكن أن يحافظ على قدرات أخرى ، أو يطورها فى مجال معرفى معين ، ربما من خلال الاهتمامات أو الخبرة أو الإمكانات ، بينما يظهر التدهور فى مجالات اخرى . وقد تم وصف هذه العمليات باعتبارها تكبيلاً أو قمعاً (٢) (Rabash et al ., 1986) وقد وجدت بالمثل فى أعمال بالتس وليندنبرجر (1988) Baltes and lindenberger فى الانتخابية المثلى (٣) ، وحيث يبدو أن المسنين يزيدون إلى الحد الاقصى من استخدامهم لمصادرهم المعرفية المنخفضة ، من خلال التركيز على مجالات ومهام ، ذات معنى وقيمة وقابلية للتطبيق بالنسبة لهم ، وبالتالى يمكن أن يتحسن الأداء من خلال توفير مرونة ودافعية ملائمة مع رؤية جوهرية ، لمرونة الوظائف . ويصبح الحديث فى هذه الحالة بمفاهيم العمليات المفردة مضللا . وهناك أيضاً عدد من العوامل الأخرى ، التى يجب أن توضع فى الاعتبار لفهم مجموعة المتوسطات المنخفضة للمسنين ، على اختبارات المهام المعرفية. وتتضمن العوامل الموقفية كلاً من التعب (Furry and Baltes, 1973) والحذر (Birkhill and schaie, 1975) ، بالإضافة إلى أن المسنين يقيمون اداءهم الشخصى بطريقة أكثر سلبية (Bellucci and Hoyer, 1975) . ومن المهم فحص استراتيجيات الاشخاص المسنين واتجاهاتهم نحو المهام ، التى تطلب منهم وإدراكاتهم لما يتوقع منهم ، وليس مجرد مستوى أو سرعه أدائهم . (Rabbitt, 1982)

ومن بين العوامل ذات الصلة بالأداء المعرفى المنخفض ، والتى تعمل على مدى طويل الصحة الجسمية ، والتى تعد عاملاً جوهرياً ، مثال ذلك ما أوضحه ويلكى وايذدورفر Wilkie and Eisdorfer (1971) ، وهو أن المفحوصين الذين تتراوح أعمارهم بين ٦٠ – ٦٩ ، ممن يعانون من ضغط الدم الانبساطى المرتفع (٤) ، يظهرون تدهوراً أكبر فى أدائهم على اختبار وكسلر لذكاء لراشدين ، على مدى عشر سنوات مقارنة بأولئك ،الذين يكون ضغط دمهم عادياً . وقدم هولند ورابيت Holland and Rabbitt (1991) مراجعه للتراث البحثى حول تأثيرات مجموعة كبيره من المشكلات الصحيه ، والأمراض النفسيه ومرض السكر ، والتوتر المرتفع إلخ ، على الأداء المعرفى لدى المسنين ، وكانت ظاهرة الانهيار النهائى (٥)

(1) Functional age.
(2) Encapsulation.
(3) Selective optimization.
(4) Diastolic blood pressure.
(5) Terminal drop.

– وهو تدهور فى الوظائف المعرفية فى السنوات السابقة على الوفاة – ذات صلة (وربما ذات علاقة) وقد لوحظت على مدى عشر سنوات قبل الوفاة (انظر (Stuart - Hamilton, 1991) . وقد يؤثر أيضاً ، كل من النشاط البدنى والعقاقير التى يتعاطاها الشخص فى أداءه المعرفى ، ويكون لهذا بدوره علاقة بمشكلات الصحة الجسمية. وأخيراً أصبح من الأمور المستقرة وجود التأثيرات المعرفية للاضطرابات السيكايترية ، العضوية والوظيفية معًا . وأيه عينة ممثلة من المسنيْن ، يمكن أن تتضمن ما يصل إلى ٢٥ فى المئة ، ممن لديهم اضطرابات سيكايترية (اعتماداً على تعريف الاكتئاب) . ويمكن فهم قدر جوهرى من التغاير الفردى، من خلال العوامل المتنوعة التى تؤدى إلى الفقدان المعرفى لدى المسنين . والعمر فى حد ذاته ليس متغيراً سببياً ، إنه فقط مجرد مؤشر أولى للأحداث والعمليات الأخرى ، التى تحدث عبر الزمن .

تقييم القدرات المعرفيه

الأداء العقلى [1]

هناك مقياسان للأداء العقلى العام ، يستخدمان على نطاق واسع ، هما : المصفوفات المتدرجة لريفن [2] (المعيارية والملونة) ، ومقياس الميل – هيل للمفردات [3] (Raven et al., 1976) ، وهما يوفران مؤشرات للأداء والمستويات العقلية اللفظيه على التوالى . كما انهما مقياسان بسيطان للغايه وسريعان فى تطبيقهما . وتتوفر عليهما معايير محددة لكبار السن (Orme, 1957). أما مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (WAIS) ، فهو يستهلك قدراً أكبر من الوقت ، ويتطلب فاحصا على مستوى عالٍ من التدريب ، إلا أنه يقيس تنوعًا أكثر ثراءً من المهارات والأساليب ، وحيث أن هذه المقاييس تطبق فرديًا ، يصبح الفاحص قادراً على ملاحظة توجه المريض إلى المهام المطلوبة ، والتفكير فى الفروض البديله للآفات الواضحة .

وقد قننت الصورة المعدلة من مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (الـ WAIS - R) فى الولايات المتحدة على عينة ممثلة من الراشدين حتى عمر ٧٥ عامًا ، وعند اختبار شخص ما من عمر أكبر من هذا ، توجد معايير متاحة الان للمجموعات العمرية من ٧٥ – ٧٩ عامًا ، ولأولئك الذين يبلغون الثمانين أو أكثر (Rayan et al., 1990) ولمقياس وكسلر لذكاء الراشدين الاصلى (Wechsler, 1955) معايير لما بعد الـ ٧٥، لها بعض الاستخدامات (Savage et al., 1973) . وعلى الرغم من ذلك ، وفى ضوء مجموعة المؤشرات، التى سبق وصفها ، يتعين استخدام هذه المعايير فقط لإعادة اختبار مريض ، سبق أن أختبر من قبل باختبار وكسلر لذكاء الراشدين ، ويعد اختبار وكسلر لذكاء الراشدين اختباراً طويلاً بالنسبة للمسنين . وقد قام كراوفورد وزملاؤه Crawford et al.(1992a) بتقييم عدد من الصور المختصرة على عينة من الأسوياء ، تعكس التوزيع العمرى فوق السادسة عشر فى المملكة المتحدة . ولهذا فإن حوالى ربعهم يكونون فوق الستين ، وقد قدموا معادلات انحدار [4] وجداول لحساب نسبة الذكاء الكلية واللفظيه والأدائية، من خلال صور تتكون من اختبارين فرعيين ، وأربعة اختبارات ، وسبعة اختبارات .

وعمومًا ، فبقدر زيادة المقاييس الفرعية ، بقدر تحسن إمكانية التنبوء . وبالنسبة للمسنين على وجه الخصوص ، فإن الصورة المكونة من أربعة مقاييس فرعية (هى الفهم والمفردات وتصميم المكعبات وتجميع الأشياء) التى طورها برايتون وسافيج Britton and Savage (1966) لوكسلر لذكاء الراشدين، وفقًا لمعادلات كراوفورد وزملائه ، يمكن استخدامها بقدر من الثقة مع اختبار وكسلر المعدل لذكاء

(1) Intellectual function.
(2) Raven Progr essive Matrices.
(3) Mill Hill Vocabulary Scale.
(4) Regression equations.

الراشدين . ويقترح كراوفورد وزملاؤه إحلال المتشابهات بدلا من المفردات ، حيث أن الأخير اقل استخداماً بوصفه قائماً على الاداء قبل المرضى (١) (انظر ماسيأتى لاحقا) . وستوفر الاختبارات الفرعية اللفظية والادائية المتضمنه فى هذه الصور المختلفة تقديراً جيداً للعوامل اللفظية والتنظيم الإدراكى ، والتى تبرز بثبات مرتفع فى دراسات التحليل العاملى لأختبار وكسلر المعدل لذكاء الراشدين (Crowford et al., 1989).

وقد أنفق قدر كبير من الجهد فى تطوير طرق ، لقياس ما إذا كان المستوى الحالى للأداء العقلى للشخص يعبر عن تدهور عن مستويات سابقه أم لا . وفى ضوء المناقشة السابقة عن المسارات مختلفة الانحناء لمجالات متميزة من الأداء المعرفى ، على مدى العمر ، يحتمل بالأحرى أن يكون ذلك اتجاهاً تبسيطياً ، غير أن له صلة اكلينيكية من خلال علاقته بالاضطرابات المصاحبة للتدهور المعرفى العام ، وهناك مراجعة لعدد من الاستراتيجيات المتاحة ، قام بها فاندن بروك وبرادشو Van den Broek and Bradshaw (1990).

ونموذجياً يجب عقد مقارنة بين تقييم الأداء العقلى للشخص خلال مرحلة أواسط العمر ؛ حتى يمكن تقدير التدهور ، غير أن مثل هذا التقييم نادر ، هذا إذا كان متاحاً على الإطلاق . والبديل عن ذلك هو أن يعامل التقييم الحالى بأعتباره قاعدياً (٢) ، ثم يعاد بعد فترة ملائمة لتوضيح ما اذا كان هناك أى تدهور قد حدث . ولن يكشف هذا الأسلوب الأخير عن تغيرات غير متدرجة ، تحدث قبل الأختبار الأول . وفى كل الحالات ، هناك قدر مطلوب من الحذر . وكلما كان ممكنا يتعين استخدام المقياس نفسه فى كل مرة ؛ حيث إن كل اختبار من اختبارات الأداء العقلى يمكن أن يؤدى إلى فروق بسيطة فى نسبة الذكاء المقدرة . كما يتعين أن يؤخذ فى الاعتبار تأثير المرانة والتباين السوى فى الأداء المعرفى . وقد تعنى هذه الاعتبارات أن قدراً كبيراً من الصدفة – حوالى ١٥ نقطة نسبة ذكاء – قد توجد ، ويتعين أخذها فى الاعتبار أكلينيكياً .

ويمكن توفير بعض مؤشرات الأداء قبل المرضى ، من خلال المتغيرات الديموجرافية مثل العمل ، ومستوى التعليم ، إلخ . وقد جرت محاولات لتطبيق معادلات الانحدار ، بهدف التوصل إلى منبئات كمية باستخدام هذه المتغيرات ، وقد حققت قدراً محدداً من النجاح مع الجيل الحالى من المسنين على وجه الخصوص ، حيث كانت الفرص التعليمية متاحة بالنسبة لهم بدرجه أقل انصافا مما هى فى الوقت الراهن. وتميل هذه المؤشرات لعدم الثبات فى الحالات الفردية . ويمكن استخدامها بالمعنى الإيجابى ، أى بالنسبة لشخص مسن ، كان جيداً فى المدرسه الثانوية ، وفى أدائه فى احدى الوظائف ، وحيث يفترض بشكل آمن أنه أعلى من المتوسط فى المستوى العقلى ، وعلى الرغم من ذلك . فلا يمكن وضع أية افتراضات حول شخص ترك المدرسة فى عمر الرابعة عشر ، وعمل على سبيل المثال عاملاً .

وهناك منحى آخر يستخدم التدهور الفارق الواضح فى جوانب مختلفة من الأداء المعرفى . وقد ابتكر عدداً من المعادلات ؛ لمقارنة درجات المقاييس الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء الراشدين ، والتى يعتقد أنها ثابته والأخرى التى لا تعد ثابتة ؛ (٣) للتوصل إلى نسب تدهور (٤) مختلفة . كما قورنت نسبة الذكاء اللفظية والأدائية للتوصل إلى احتمالات وجود تعارض بين درجات اللفظى – الأدائى (٥). وقد أثبتت هذه

---

(1) Pre - morbid.
(2) Baseline.
(3) Hold.
(4) Deterioration Quatients.
(5) Verbal - Performance Discrepancy.

المؤشرات ، أساساً ، انها ذات قيمة ضئيله فى التمييز بين المسنين نوى العته ، وأولئك الذين لا يعانون من ضعف (Savage et al., 1973; Vande Broek and Bradshaw, 1990). ويرتبط ذلك جزئيًا بالتباين الواسع فى أنماط الأداء المعرفى فى الجمهور السوى . فقد يكون لدى شخص فرق كبير بقدر كاف بين نسبة الذكاء اللفظية والأدائية ، فرق أكبر مما يمكن عزوه إلى أخطاء القياس ، دون أن يكون ذلك غير معتاد على وجه الخصوص . وهناك عامل آخر هو التباين فى أنماط التغير بين الأفراد ، وبالنسبة للشخص الواحد نفسه فى المراحل المختلفة للاضطراب . وبالتالى فقد تُظهر القدرات الأدائية فى البداية بقدر شديد الوضوح تدهوراً أكبر ، بينما قد تتدهور القدرات اللفظيه بعد ذلك بقدر أكبر ، بما يخفض التضارب مع المستويات الأدائية التى تظهر التأثير الأساسى (١) .

وقد قُيمت درجات المفردات باعتبارها مؤشراً ممكنًا للمستويات العقلية قبل المرضية . وكانت المقارنة بين مقياس الميل هيل للمفردات والمصفوفات المتدرجة تتم على هذا الأساس ، باعتبار ذلك مؤشراً على التدهور العقلى . وبينما مازالت المفردات تستخدم فى دراسات الشيخوخة السوية (مثال ذلك Hollend and Rabbitt, 1991) بوصفها مؤشراً للمستويات المستقرة على مدى العمر ؛ فقد ظهر أنها تتدهور فى حالة العته (O' Carroll et al., 1987) ومن المعتقد الإن أن اختبارات القدره على قراءه الكلمات (٢) توفر مؤشراً أكثر صدقًا للمستويات العقلية قبل المرضية (Nelson and Mc Kenna, 1975) ويتضمن اختبار القراءة الوطنى للراشدين (٣) . (NART; Nelson, 1982) كلمات لا يحتمل أن تقرأ بشكل صحيح ، مالم تكن مألوفة للشخص . وقد قننت الصورة المختصرة (Nilson and willison, 1991) مقابل اختبار وكسلر المعدل لذكاء الراشدين . كما أن هناك بيانات أخرى متاحة على اختبار شونيل للقراءة (٤) فى صلته بكل من وكسلر لذكاء الراشدين ومصفوفات ريفن (Ruddle and Bradshaw, 1982). وفى كل حالة من الحالتين ، كان المستوى العقلى المتنبئ به يُشتق من درجات اختبار القراءة ويقارن بالمستوى الحالى الذى تم قياسه . ويعد اختبار شونيل مفيد على وجه الخصوص بالنسبة لأولئك المرضى القادرين على قراءة القليل للغاية من كلمات اختبار القراءة الوطنى للراشدين باعتباره شديد الحساسيه فى المستوى دون المتوسط . وعلى العكس فإن له سقفًا منخفضًا ، ولذا فإن اختبار القراءة الوطنى للراشدين يجب استخدامه مع أولئك ، الذين تكون قدراتهم فوق المتوسط . وقد وجه نقد لهذا الاختبار لكونه طويلا للغاية . وقد أوضح بيردسال وبراين (1990) Beardsall and Brayne أن الخمسة والعشرين بنداً، الاوائل من الخمسين بنداً تعطى تقديرًا جيداً للأداء الكلى . وهناك مشكلات أخرى ممكنة فى الاختبار وصفها برادلى وزملاؤه (1993) Braddeley et al. اللذين صمموااختبار « كوّن الكلمة (٥) » كبديل . ويتطلب اختبار «كوّن الكلمة » هذا من المفحوص أن يختار أى من سلسلتى حروف معروضة هى التى تكون كلمة . وعلى الرغم من فائدة هذا الاختبار فى التقييم الوصفى للمسنين ، إلا أن استخدام التضارب بين المستوى العقلى الحالى وما قبل المرضى كمؤشر تشخيصى يجب أن يعامل بالقدر نفسه من الحذر ، الذى تعامل به أية محاولة أخرى للتوصل إلى صيغة تشخيصية من نوع واحد فقط من الدلائل.

(1) Flooring effect.
(2) word - reading ability.
(3) National adult reading test.
(4) Schonell reading test.
(5) Spot the word .

الذاكرة والتعلم

أصبحت الآفات فى هذه المجالات مؤكدة تمامًا فى كل من العته والاكتئاب . ويظهر الأشخاص الذين يعانون من العته انخفاضاً متوسطا نسبياً فى الذاكرة الاولية ، إلا أن لديهم مشكلات واضحه فى الذاكره الثانويه (Morris and Kopelman, 1986) ، ويلاحظ أن آفات الذاكره أقل حده فى حالات الاكتئاب ، كما توجد عاليا بدرجة أقل ، ولكنها تؤدى إلى استخدام تعبير « العته الزائف[1] » ، والذى يحتمل أن يكون بمثابه العامل الرئيسى فى خطأ تشخيص الاكتئاب على أنه عته . ويستخلص ساهكيان Sahakian (1991) أن أشكال العجز المعرفى فى اكتئاب المسنين لا تختفى تمامًا عند حدوث شفاء من الاكتئاب ، وقد توجد على الأقل مجموعة فرعية من المسنين المكتئبين ، يتعلق اضطرابهم إلى درجة ما بخلل عقلى مميز عن حالة العته . ويشبه نمط الإعاقة فى التذكر من عدة جوانب ، ذلك الذى يوجد فى العته المبكر ، وقد تكمن الفروق بينهما فى الميل الأكبر للأخطاء العشوائية فى حالة العته ، والعمليات المستقلة التى تكون أقل ضعفًا فى حالة الاكتئاب ، مع ميل الإعاقات للظهور فى مجال العمليات ، التى تتطلب جهداً . ويميل الأشخاص الذين يعانون من العته للتعرض لقدر متعدد من الاعاقات ، مثل : الأفازيا [2] والاباراكسيا [3] والاجنوزيا [4] على سبيل المثال . وعلى الرغم من ذلك ففى المراحل المبكرة للعته ، وعندما يسود ضعف الذاكرة قد يكون من الممكن تمييز الاضطرابات بواسطة الاختبارات .

وتختبر الذاكرة الأولية نمطيًا باستخدام اختبار مدى الأرقام [5] من اختبار وكسلر المعدل للراشدين ، واختبار مدى الرؤية [6] من اختبار وكسلر المعدل للذاكرة (Wechsler, 1987) . وهناك عدد وفير من اختبارات الذاكرة الثانوية يعكس أنواع الذاكرة المختلفة ، والجوانب المختلفة لعمليات التذكر حتى مدى معين ، ولسوء الحظ ، فإن العلاقة بين نماذج الاختبار وأنواع الذاكرة ليست واضحة تمامًا . ومن بين اختبارات الذاكرة المتاحة حالياً الآتى :

اختبار كيندريك لتعلم الاشياء [7] (OLT,Kendrick, 1985).

وهذا الاختبار الذى يتضمن تذكراً حراً لعدد من الأشياء الشائعة تقدم بصريًا ، مقبولاً لدى المرضى ، إلا أنهم قد يستفيدون من التعرف أو من مؤشرات التذكر . وللاختبار صورتان متكافئتان ، وبيانات إعادة اختبار بعد ستة أسابيع تساعد على استخداماته التتبعية . ويتعين حساب « نسبة تعلم الأشياء [8] » التى توفر قياسًا وصفيًا لأداء المريض فى علاقته بمجموعة أقرانه المرضى ، ولايوصى باستخدام مؤشرات التشخيص .

---

(1) Pseudodementia.
(2) Aphasia.
(3) Agnosia. (العجز عن ربط المعني بالانطباعات الحسية)
(4) Aparaxia.
(5) Digit span.
(6) Visual span.
(7) Kendrick Object Learning Test.
(8) OLT Quotient.

اختبارات التعرف [1]

يستخدم هذا الاختبار صيغة الاختيار الجبرى من بدائل ، وحيث يكون مطلوباً من المريض الإشارة أو تحديد أى المنبهين شاهده من قبل ، ويتكون الاختبار من جزئين ، يستخدمان كلمات مفردة ووجوه على الترتيب ، ويتضمن كل جزء ٥٠ بنداً ويتيح الاختبار القيام بمقارنه مثيره للشغف بين الجوانب اللفظية وغير اللفظية للذاكرة وتتوفر له معايير عمرية حتى عمر ٧٠ عاماً . وتميل صيغة التعرف لأن تكون مقبولة بدرجة أكبر مقارنة بالتذكر الحر ، غير أنها تؤدى إلى مستوى مرتفع من الإجابات القائمه على الصدفه لدى المرضى متوسطى الإعاقة ، ممن لديهم عته ، وممن يجيبون عشوائياً .

اختبار ريفرميد السلوكى للذاكره [2] (Wilson et al., 1985)

صمم هذا الاختبار بغرض استخدامه فى التقدير اليومى البسيط والسريع للذاكرة ، ولكى يعكس الأداء الواقعى أكثر مما تفعل الاختبارات التقليدية ، وتحتوى هذه البطارية على مجموعة متنوعة من اختبارات الذاكرة ، بما فى ذلك - كالمعتاد - اختبارات للذاكرة المستقبلية ، أى تذكر القيام بشئ فى المستقبل ، بدلاً من تذكر حدث ماضى . واختباراته الاربعه المتكافئه مفيده على وجه الخصوص لأغراض إعادة التقدير ، كما يوجد لدليل الاختبار ملحق إضافى مفيد يوفر معايير محسوبه لعدد ١١٩ راشداً من المسنين فى الأعمار ، من ٧٠ إلى ٩٤ عاماً . (Cockburn and Smith, 1989)

ومن المثير للتهكم أن بعض الاختبارات الفرعية المفيدة مشابهة للاختبارات التقليدية ، مثال ذلك تذكر النثر ، وتعرف الوجوه والتوجهات ؛ وتلعب الجوانب السلوكية دوراً نسبيا محدوداً فى الاختبار . ولايسمح نظام التصحيح بتفسيرات تفصيلية للأداء على بعض المقاييس الفرعية مقارنة بالعينة المعيارية .

مقياس وكسلر المعدل للذاكرة [3]

وجه الكثير لمقياس وكسلر الأصلى ، ولكنه استخدم على نطاق واسع بوصفه مقياساً مختصراً ، يغطى بشكل سريع مجالات متنوعة من وظائف الذاكرة ، وتجاهلت الصورة المعدلة كثيراً من وجوه النقد ، ولكنها أصبحت نتيجة لذلك أقل انتشاراً ومثبطة لإمكانية الاستخدام مع المسنين . ويمكن استخلاص خمسه مؤشرات من البطارية الكاملة هى : الذاكرة العامة ، والانتباه والتركيز ، والذاكرة اللفظية ، والذاكرة البصرية ، والاستدعاء المتأخر . وعلى العكس من اختبار ريفرميد ، يبدو الكثير من بنودها بلا معنى ، وقد تكون الدافعية إحدى المشكلات بالنسبة لبعض المرضى ، مثال ذلك : عند محاولة تعلم المزاوجة بين الكلمات ، التى لايبدو بينها ارتباط فى اختبار المزاوجه الثنائيه الفرعى . وعلى الرغم من ذلك فإن الكثير من المقاييس الفرعيه تعد مقايس مستقلة بذاتها (مثال ذلك : الذاكرة المنطقية ، ومدى الأرقام ، والمزاوجه الثنائية) . كما يمكن استخدام المقاييس الفرعيه بطريقة انتخابيه ، والمعايير الواردة فى الدليل تغطى حتى عمر ٧٤ عاماً فقط .

---

(1) Recognition Memory Tests
(2) The Rivermead Bchavioural Memory Test.
(3) Wechsler Memory Scale - Revised.

تقييم فولد لذاكره الاشياء [١] (Fuld, 1977)

يبدأ هذا الاختبار الطموح بجعل المريض يتعرف من خلال اللمس (والابصار إذا كان ذلك ضروريًا) عشرة أشياء مخبئة فى حقيبة ، ثم تبعد الأشياء ، ويختبر تذكرها على امتداد خمس محاولات باستخدام نموذج تذكر انتخابى (حيث يتم اخبار المفحوص فى كل مرة عن الأشياء ، التى لايكون قادرًا على تذكرها) . ويتم شغل فترة التأخر فى الإجابة بمهام للطلاقة اللفظية ، كما يتضمن أيضًا مقياسا لذاكره التعرف ، ويمكن تقييم حتى الحالة المزاجية من خلال التباين بين عدد الكلمات السعيده والكلمات الحزينه التى يقدمها المفحوص خلال الفترة الواقعة بين تقديم مهمتين للطلاقه اللفظية .

وتتوفر معايير لمجموعات مختلفة بما فى ذلك مجموعة عمرية ، تمتد حتى عمر التسعين عامًا . كما أن للاختبار صورتين متكافئتين ، وعلى الرغم من ذلك فإن الاختبار يثير الشعور بالمطالب المبالغ فيها، بالنسبة للمرضى المسنين ، وربما يتعين تطوير صورة مبسطة له .

اختبار بنتون للتذكر البصري [٢] (Benton, 1974)

وهو اختبار شائع الاستخدام لقياس الذاكرة البصرية الفورية (Crookes and McDonald, 1972)، وهو يتضمن سلسلة من الأشكال المرسومة بخطوط متزايدة التعقيد ، يعرض كل منها على المريض لمده عشر ثوانى ، وعلى المريض أن يقوم برسمها على الفور ، ثم يبعد كل منها بعد رسمه . والصورة الخاصة بالنقل [٣] من الاختبار (حيث يكون المنبه معروضاً امام المريض) توفر ضبطا للتأيثرات البصريه المكانيه أفضل من توفيرها قياسا لصعوبات التذكر ، ويسمح نظام التصحيح التفصيلى بتحليل لأنماط الأخطاء التى تحدث .

السـرعة

يقيس اختبار نسخ الرموز ، وهو أحد اختبارات كيندريك المعرفية للمسنين السرعة النفسية الحركية [٤] بطريقة بسيطة ومقبولة ، وهو يفضُل مقياس وكسلر لرموز الأرقام نتيجة لأنه أقل تعقيداً . ويعتمد على الذاكرة وفهم التعليمات بدرجة أقل ، ويتعين حساب نسبة نسخ الرموز [٥] لتيسير المقارنة بين جوانب أخرى من قدرات المريض ، وقد تتعرض سرعة الأداء للإعاقة فى كل من العته ، وبدرجة أقل فى الاكتئاب . وقد استخدمت اختبارات زمن الرجع فى عدد من البحوث ، ويتعين اعتبار ذلك طريقه واضحه لتقرير سرعة معالجة المعلومات . وعلى الرغم من ذلك ، فقد ارتبط هذا الأمر الأخير ببطاريات الاختبار المختلفة ، التى طورت للتطبيق بواسطة الكمبيوتر [٦]. (أنظر ص ٥٠١) .

اللغـة

يوجد الكثير من بطاريات قياس الأفازيا ، غير أنه لا يوجد من بينها واحدة معدة للمسنين ، ومن بين هذه الاختبارات اختبار شول مينسوتا للأفازيا [٧] ، وهو يغطى مجالاً واسعاً ، وله صورة مختصرة

---

(1) Fuld Object Memory Evaluation.
(2) The Benton Visual Retention Test .
(3) Copying.
(4) Psycho - motor speed.
(5) The Digit Copying Quotient.
(6) Computerized tests.
(7) Schull Minnesota Aphasia Test.

مفيدة (Powell et al., 1980) كما قنن على مسنين أسوياء (Walker, 1980) واختبار الرموز (١) (DeRenzi and Vignolo, 1962; DeRenzi and Falioni, 1978) ، ويقيس فهم التعلميات ذات التعقيدات اللغوية المتزايده ، وهو مفيد فى توضيح الخطوط العريضه لمدى الإعاقة الاستقبالية .

وتتضمن الكثير من البطاريات إختباراً للتسمية ، هو اختبار التسمية المتدرج ، وهو اختبار نوعى للأفازيا الاسمية ، قدمه ماكينا ووارنجتون McKenna and warrington (1983) ، وهو يتضمن ثلاثين رسماً تخطيطياً متدرجة الصعوبة ، وله معايير تمتد حتى عمر ٧٠ عاماً .

كما قدم وليمز وزملاؤه Williams et al. (1989) بيانات عن اختبار مشابه ، هو اختبار بوسطن للتسميه (٢) لمرضى مصابين بالعته ، ومجموعة ضابطة من الأسوياء . وقد اقترحوا صورة مختصرة من الاختبار تتكون من ٣٠ بندا من بنود الصورة الأصلية ، التى تبلغ ٦٠ بنداً . ويعتقد أن صعوبة التسمية فى حالة العته تعكس أيضاً صعوبة فى تعرف الأشياء ، وحيث يستطيع مريض الأفازيا تعرف على الشئ بوضوح إلا أنه يظل غير قادر على تسميته . (Kirshner et al., 1984).

ويمكن قياس الطلاقة اللفظية بسؤال المريض أن يسمى أكبر قدر ممكن من الكلمات ، التى تبدأ بحرف معين خلال فترة زمنيه محدده (Whitehead, 1973) ، أو أن يسمى أشياء من مجموعة أو فئة معينة (مثال ذلك أسماء دول Issacs and Akhtav, 1972) . وقدم هارت وزملاؤه (Hart et al ., 1988) بيانات عدد قليل من مرضى العته من نمط الالزايمر (٣) ومجموعة ضابطة من مسنين أسوياء ، على كل من نوعى اختبارات الطلاقة ، وهناك بعض الدلائل على أن درجات الطلاقة ترتبط ارتباطات مرتفعه بالمستوى العقلى اللفظى (Miller, 1984)، وبالتالى فإن منحى كراوفورد وزملائه Crawford et al . (1962b فى استخدامهم درجاتى الاختبار القومى للقراءه للراشدي (NART) ، لاشتقاق درجة تنبؤيه للطلاقة اللفظية لأغراض المقارنة ، يتضمن الكثير مما يستحق التوصية به .

ويشير ستيفنز وزملاؤه Stevens et al. (1992) إلى استخدام اختبارات الطلاقة اللفظية واختبار بوسطن للتسمية فى مجال التقييم الأكلينكى للذاكرة ، ويقدمون بعض البيانات المفيدة حول فائدتهما فى تقدير العته المبكر .

ويتضمن اختبار تكرار الجمل الشاذة (٤) (Weeks, 1988) أن يقوم المريض بتكرار عدد من الجمل، والتى بينما تكون صحيحة التركيب اللغوى ، إلا أنها بلا معنى ، وهو أحد المجالات التى يُعتقد انها حساسه على وجه الخصوص لتأثيرات العته ، وقد صمم الاختبار وفى الذهن الكثير من الاعتبارات التشخيصية عوضا عن أن يكون مؤشراً لجانب من جوانب وظائف اللغة . وللاختبار أربع صور متكافئة ، وهو من الاختبارات القصيرة ، وتوجد تقارير حول تقبل المرضى له ، مع توفر معايير عليه حتى عمر ٨٠ عاماً ، والبيانات حول استخداماته فى المواقف الإكلينيكية مشوقة .

(1) Token Test .
(2) The Boston Naming Test .
(3) Alzheimer - type dementia.
(4) Anomalous Sentence Repetition Test.

البطاريات النفسية العصبية (١)

طورت هذه البطاريات للاستخدام مع المرضى الأصغر عمراً . ويتعين استخدامها بحذر مالم تتوفر عليها معايير للمسنين . مثال ذلك أن المسنين الاسوياء كان اداؤهم على بعض اجزاء بطاريه هالستيد - ريتان (٢) ضعيفا . (Benton et al., 1981)

وبصفة عامة فإن طول الاختبار ومستوى صعوبته يجعل مثل هذه البطاريات غير مناسبة للمرضى المسنين . وعلى الرغم من ذلك ، يشير بلاكبورن وتايرر Blackburn and Tyrer (1985) بشكل إيجابى لقيمة صورة مختصرة من فحص لوريا النفسى العصبى (٣) ، بالنسبة للمرضى المسنين . وستكون الاختبارات الاكلينيكية المباشرة مصدراً أكبر للمعلومات بالنسبة للكثيرين من المرضى المسنين . وقدم هولدن وودز Holden and Woods (1988) وتشيرش وواتيس Church and Wattis (1988) أمثلة لهذا المنحى الأكلينيكى .

التقييم الأكلينيكى المختصر

يستطيع الأخصائيون الأكلينيكيون من خلال استخدام اختبارات معرفية قصيرة تكميم البيانات الأكلينيكية بصوره متسقة ومقننة ، ويتعين تطبيق هذه الاختبارات دائماً ، قبل تحويل المريض للحصول على تقدير معرفى تفصيلى له، وقد برهنت الاختبارات البسيطه للمعلومات والتوجهات على أنها صادقة على الأقل بقدر صدق الاختبارات المعرفية التفصيلية (e. g. Patti and Gilleard, 1979) وهناك الكثير من مثل هذه الاختبارات ، من ذلك اختبار المعلومات والتوجهات الفرعى ذى الاثنى عشر بنداً فى إجراءات كليفتون لتقييم المسنين (٤) (CAPE) وهو متاح على نطاق واسع ، وكان موضوعاً لبحوث ممتدة (Pattie, 1988) وتتضمن إجراءات كليفتون للمسنين أيضاً اختباراً للتركيز ، وبنوداً لمسح القراءة والكتابة ، بالإضافة إلى مقياس تقديرات سلوكى (انظر ص ٤٩٨) . وتتضمن الاختبارات الاخرى المستخدمه اختبار هودكينسون العقلى المختصر (٥) (AMTS) ذا البنود العشره Hodkinson(1972) ، والاختبار الآخر الاطول للفحص المختصر للحالة العقلية (٦) .(MMSE; Folstein et al., 1975)

ويعتمد استخدام الاختبارات السابقة فى الممارسة على الموقف ، وعلى مقدار ما يجب أن تكون عليه درجة قصر المقياس والتفضيلات الشخصية . والمقاييس السابقة ذات ارتباطات مرتفعة فيما بينها (e. g. Orrell et al., 1992) كما أنها عُرضة للتأثر بمستوى تعليم المريض ؛ فأولئك الحاصلون على تعليم دون المتوسط ، قد يحصلون على درجات ضعيفة على مثل هذا المقياس ، على الرغم من عدم وجود إعاقة لديهم ، وأولئك الحاصلون على مستوى تعليمى مرتفع ، قد يحافظون على درجة مرتفعة على الرغم من الانخفاض المعرفى الحاد وقد أظهر اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية (AMTS) أنه حساس لمثل هذه التأثيرات على وجه الخصوص (e. g. Christensen and Jorm, 1992) كما تعرض هو الآخر أيضاً النقد لاحتوائه على عدد من البنود التى تقيس مجالات لوظائف شديدة الاختلاف (الذاكرة ، التركيز، الابراكسيا.. إلخ (٧)) من خلال درجة كليه مفردة . وقد يحصل مرضى مختلفون على الدرجة نفسها ، إلا

(1) Neuropsychological batteries .
(2) Halstead - Reitan Battery .
(3) Luria's Neuropsychological Investigation.
(4) The Clifton Assessment Procedures for Elderly.
(5) Abbreviated Mental Test (AMTS).
(6) Mini - Mental State Examination.
(7) Parxis.

أن لهم أنواعًا مختلفة تمامًا من أنماط الأداء على الاختبار . ويشير أوريل وزملاؤه Orell et al. (1992) إلى أن بنود الذاكرة والتوجه هى التى تميز بطريقه افضل بين مجموعات الاكتئابيين والعتهين .

ومن المهم أيضًا اختبار مجالات لوظائف أخرى ، مثال ذلك الاختبار للحصول على وصف لأنماط العجز ، مثال ذلك العته المصحوب بالأفازيا ، أو العته ذو النمط الجبهى (١) . ويكون الحصول على بروفيل للأداء أمرًا مطلوبا (وليس مجرد الحصول على درجة واحدة) للتوصل إلى هذا الوصف . ويحقق تقدير الميدل سيكس للحالة العقلية للمسنين (٢) (MEAMS; Golding , 1989) هذا الغرض وهو يتضمن أثنى عشر مقياسًا نفسيًا عصبيًا مختصرًا للمسح ، تتضمن : التوجه ، التسمية ، الرسم ، مهام حسابية وإدراكية . وهو مختصر وسهل التطبيق ، ويتوفر فى صورتين متكافئتين ، وتتوفر عليه بالفعل بعض البيانات الأكلينيكية . وستتعزز فائدة هذا الاختبار بتراكم هذه البيانات . ويعد اختبار كيمبردج للأضطرابات العقلية لدى المسنين (٣) (CAMDEY; Roth et al ., 1988) مقياسًا للتشخيص السيكايترى للمسنين الأكبر عمرًا ، وهو يتضمن مقياسًا مسحيًا ، يغطى مجالاً من الوظائف النفسية والعصبية يدمج معا مقياس الفحص المختصر للحالة العقلية (MMSE) ، ومقياس الحالة العقلية المختصر ذى البنود العشرة (AMTS) . ولكل مجـال من مجـالات الوظائف عدد قليل من البنـود ، غير أنه يذكـر أنها تؤدى إلى تمـييز مقبول فى المستويات العليا من الأداء ، له قيمته فى الكشف عن العته المتوسط (Humppert, 1991).

أمثلة للتقييم المعرفى الوصفى

الدكتوره ج طبيبة ممارسة متقاعدة فى التاسعة والستين من عمرها ، حولت للعرض على عيادة الذاكرة ، وهى تشكو من ضعف متوسط فى الذاكرة تفاقم خلال العام الأخير .

التقييم : الهدف الأولى من التقييم ليس إظهار ماإذا كانت الدكتورة ج تعانى أو لا تعانى من العته ، ولكن الهدف هو وصف أدائها المعرفى الراهن ، والحصول على عائد من هذا الوصف . وربما يكون ذلك لاقتراح أساليب للتغلب على أية آفة فى الذاكرة ، وربما لملاحظة أية تغيرات تحدث على مدى الوقت ، وقد قوبلت الدكتورة ج مرتين ، تفصل بينهما ستة أسابيع تقريبًا .

النتائج :

وكسلر للراشدين المعدل

نسبة الذكاء الكلية ١٤٥

نسبة الذكاء اللفظية ١٤٦

نسبة الذكاء الادائيه ١٤٢

اختبارات كيندريك المعرفية

التقييم الأول : نسبة تعلم الأشياء (OLTQ) (٤) ١١٣

نسبة نقل الرموز (DCTQ) (٥) ١٤٤

التقييم الثانى: نسبة تعلم الأشياء (OLTQ) ١٢٣

(1) Frontal Lobe.
(2) The Middlesex Elderly Assessment of Mental state.
(3) The Cambridge examination for Mental Disorders.
(4) Object Learning Test Quotient (OLTQ).
(5) Digit Copying Test Quotient (DCTQ).

نسبة نقل الرموز (DCTQ) ١٣٦

اختبار وارينجتون لذاكره التعرف (١)

الكلمات : خام : ٤٧ ، مئين = +٧٥

الوجوه : خام = ٣٨ ، مئين = ٢٥

درجه التضارب للوجوه : ٩ ، مئين ٥ - ١٠

تعليقات

يؤكد اداء الدكتورة ج على اختبار وكسلر المعدل للراشدين مستوى عالياً من الأداء ، على امتداد حياتها ، ومستوى أداء حالى مرتفع ، ويصبح استخدام الاختبار الوطنى للقراءة للراشدين (NART) بلا معنى فى هذا المستوى . وتظهر الاختبارات الفرعية نمطاً متسقاً من الأداء دون انخفاض جوهرى عن أداء الاشخاص الاخرين ، كما أوضح التطبيق الأولى لاختبارات كيندريك سرعه أداء نفسى حركى ممتازه ولكن مع درجة أقل فى تعلم الأشياء . ولمزيد من الفحص لهذا الجانب ، جرى تقدير ثان باستخدام اختبارات كيندريك ، ظهرت خلاله سرعة أداء ممتازة ، وتحسن ضئيل فى مستوى تعلم الجديد . وأظهرت اختبارات ذاكرة التعرف تضارباً جوهرياً بين الذاكرة اللفظية وغير اللفظية ، مع درجة منخفضة على اختبار التعرف على الوجوه . وقد تم نُصح الدكتورة ج ، فى ضوء خصوصية الصعوبة المحددة لديها ، والتى ظهرت فى سياق مستويات أداء مرتفعة ، وشجعت على استخدام استراتيجيات تذكر لفظية ، كلما كان ذلك ممكناً .

والمغزى هنا هو أن الوعى المتزايد بمرض الالزايمر يؤدى بالمسنين إلى ملاحظة التغيرات ، التى يدركونها فى وظائفهم المعرفية ، ويتعين أن يترتب على ذلك إعادة اكتشاف وسائل تقييم معرفى جيد ، بوصفه وسيلة للعمل مع العميل ، من خلال فهم لأساس انشغاله .

تقدير التوافق

طور عديد من مقاييس التقدير الذاتى للرضا بالحياة (٢) والروح المعنوية للمسنين ، على وجه الخصوص . ومن بين هذه المقاييس واسعة الاستخدام « مقياس مركز فيلادلفيا للمسنين للروح المعنوية » (٣) (Lawton, 1975) ، ومؤشر الرضا بالحياة (٤) وهو متاح فى عدد من الصور (Twining , 1990)، بما فى ذلك الصورة المختصرة ، التى وصفها بيجوت Bigot (1974) ، والتى تتضمن ثمانية بنود فى مقياسين فرعيين « القبول - الرضا » (٥) « والإنجاز - الإكمال » (٦). وقدم جيليارد وزملاؤه Gilleard et al. (1981) معايير أكلينيكية مفيدة ، ذاكرين أن المقياس الفرعى الأخير يعكس مكوناً اتجاهياً للروح المعنوية ، أكثر استقراراً ، يعتمد على إنجازات الحياة والخبرات السابقة .

وهناك تداخل كبير بين مقياس مركز فيلادلفيا للمسنين ومؤشر الرضا بالحياة ، وبين مقاييس الاكتئاب ، على الرغم من أن انخفاض الروح المعنوية والاكتئاب بين المسنين ليسابنية واحدة بالضرورة

(1) Warington Recognition Memory Test .
(2) Life Satisfaction.
(3) Philadelphia Geriatric Center Morale Scale.
(4) Life Satisfaction Index.
(5) Accepetance - Contentment.
(6) Achievement - Fulfilment .

(Gurland , 1980) . وقد استخدم جيليارد وزملاؤه Gilleard et al. (1981) مقياسى مؤشرا الرضا بالحياة ، ومقياس شواب للاكتئاب (١) Schwab لملاحظه اكتئاب المسنين . ويورد جالاغر وزملاؤه Gallagher et al. (1982) بيانات معيارية ومعاملات ثبات لبطارية بيك للاكتئاب على مجموعات من المسنين الأسوياء والمكتئبين ، ويستخلصون من ذلك أنه من أدوات المسح الأكلينيكى المناسبة . ولمقياس اكتئاب المسنين (٢) ، (Yesavage et al., 1983) طريقة إجابة أسهل (نعم / لا) من طريقة الإجابة عن مقياس بيك ، وهو يستخدم الآن على نطاق واسع ، بوصفه مقياساً للتقدير الذاتى للاكتئاب لدى كبار السن ويذكر أونيل وزملاؤه O'Neill et al . (1992) أن هذا المقياس يطبق بشكل أكثر كفاءة بواسطة المقدر ، مما لو أعطى للشخص المسن لإكماله بنفسه . وهناك بديل آخر له هو مقياس رعايه الذات (D)، والذى طور بوصفه مقياساً للتقدير الذاتى ، يتكون من اثنى عشر بنداً للاستخدام فى مواقف العناية الأولية (Brid et al ., 1987) .

وهناك عدد آخر متاح من مقاييس تقديرات الملاحظين (انظر Montgmery, 1988) ، يمكن أن يساعد فى التغلب على بعض المشكلات الكامنة فى مقاييس التقدير الذاتى للمسنين (مثل مشكلات حدة الإبصار ، وعدم مناسبة بعض البنود ، إلخ) . وعند تقييم الإضطرابات المزاجية للمرضى ذوى الإعاقات المعرفية ، وحيث تكون مقاييس التقرير الذاتى على وجه الخصوص غير ثابته – قد يبرهن مقياس تقدير الملاحظ للعلاقات الاكتئابيه ، الذى طوره كوتانا والبريدج Kotana and Albridge (1985) على أنه مفيد .

وقد تم الكشف عن بعض الجوانب الأخرى للتوافق بدرجة أقل . وقد عدل تيرى وليفنسون Teri and Lewinsohn (1982) قوائم الأحداث السارة وغير السارة للمسنين (٣) ، وعلى الرغم من ذلك ، مازالتا طويلتين . وقد استخدم لام وزملاؤه Lam et al. (1987) عديداً من المقاييس ذات العلاقة بالعلاج المعرفى مع مجموعات من المسنين المكتئبين وغير المكتئبين ، مثال ذلك استخبار الافكار المستقلة (٤) ، ومقياس الاتجاهات المضطربة (٥) ومقياس اليأس (٦). ويذكر لام وباور Lam and Power (1991) استخدام مقياس الآخرين المؤثرين (٧) ، بوصفه مقياساً للدعم الاجتماعى فى مجمتع الرعاية الأولية للمسنين ، ومع تقدم العلاج النفسى لاكتئاب المسنين ، ستكون هناك حاجة لمقاييس أخرى .

تقييم السلوك

كثيرا ما يكون تقييم السلوك الحقيقى للشخص ، فى حالة مريض العته على وجه الخصوص ، ومستوى الاداء وإمكاناته وآفاته ، مهماً للغاية حصول على تقييم لوصفه المناسب ، أو لملاحظة التغيرات . ويمكن قياس السلوك بطرائق مختلفة .

مقاييس التقدير

ما يحدث هنا هو أن اولئك الذين يألفون السلوك اليومى للمسنين (وعاده ما تشمل هذه الفئة المرضين والقائمين على الرعاية أو الأقارب ، هم من يقومون بإكمال المقاييس من خلال ملاحظتهم غير النظامية وغير المضبوطة عن الشخص ، وربما على مدى زمنى محدود . وهناك الكثير من المقاييس

(1) Schwab Depression Scale.
(2) the Geriatric Depression Scale.
(3) the Pleasent and unpleasent Events Schedules for the Elderly.
(4) Autonomic thoughts Questionnaire.
(5) Dysfunctional attitude Scale.
(6) Hoplessness Scale.
(7) Significant others Scale.

المختلفة المستخدمة ، وهى مختلفة من حيث المجالات السلوكية التى تغطيها ، ومدى شمول المضمون وعمقه، ومن حيث الطول والشكل . ويتعين أن يوجه الغرض من التقييم اختيار الاختبار المعين . وغالبًا ما تكون المقاييس الطويلة فقط هى التى يجب أن يقوم بتطبيقها فريق الرعاية المشغول دائمًا ، بقدر من العناية والحرص إذا ماكانت النتائج تتعلق بشكل مباشر برعاية المريض .

وهناك عدد من المقاييس تعد مؤشرات لتدهور القدرة اللفظية العامة للمريض المسن ، ودرجة الرعاية المطلوبة له . (Woods and Britton, 1985) . وتتضمن هذه المقاييس جوانب من السلوك اليومى مثل استخدام دورة المياه ، وتناول الطعام والحركة وغير ذلك . ومن بين أكثر المقاييس استخدامًا ، مقياس كريشتون للتقديرات للمسنين [1] (Robinson, 1977) ، ومقياس التقديرات السلوكية فى إجراءات كاليفورنيا لتقييم المسنين [2] (CAPE; Pattie and Gillard, 1979; Pattie, 1980) ، ومقياس عيادة برجتون للسلوك التوافقى [3] (BCABS; Ward et al., 1991) . وتتباين هذه المقاييس تباينًا كبيرًا من حيث عمق التغطية ، ومن حيث شمولها على وجه الخصوص لمشكلات السلوك ، كما يميل ثبات ما بين المقدرين للانخفاض للغاية ، بالنسبة لبنود مثل تلك التى تقيس العدوانية والاضطراب الاجتماعى ، مقارنة بالتقديرات الخاصة بالأداء البدنى بما يوحى أنها أكثر صعوبة فى تعريفها وتقديرها بصوره موضوعية ، والاغلب أن مقياس كليفتون Clifton هو الأكبر فائدة فى أغراض المسح العام ، وتستخلص منه اربع درجات عاملية [4] (هى الإعاقة البدنية ، وصعوبات التواصل ، واللامبالاة ، والاضطراب الاجتماعي) وللمقياس معايير شاملة لمجموعات متنوعة من المسنين (Pattie, 1988) . وقد صمم مقياس عيادة برجتون للسلوك التوافقى (BCABS) ليكون ملائمًا على وجه الخصوص لتقدير المرضى ذوى العته الشديد ، وقد استخدم فى المقارنات الخاصة ببيئه الرعاية الممتدة (Lindesay et al., 1991) . وهذه المقاييس ليست مثالية بالنسبة للشخص المسن ، الذى يتلقى رعاية منزلية بواسطة الأقارب ، فالتزام أحد الأقارب ومشاركته الوجدانية ، وصحبته المستمرة على مدى ٢٤ ساعة من اليوم ، يعنى أن أشكال السلوك المختلفة عن تلك التى تظهر داخل المواقف المؤسسية ستؤثر فى القدرة على التغلب على المشكلات . وقد أعد مقياس جرين وزملائه (Greene et al., 1982) للسلوك والاضطراب المزاجى [5] ليقوم الأقارب بإكماله ، وهو يتضمن ثلاثه عوامل ، هى : اللامبالاة / الانسحاب ، والاضطراب النشيط ، والتغيرات المزاجية ،كما تستخدم قائمة جيليارد للمشكلات [6] (Gilleard, 1984) على نطاق واسع أيضًا فى هذا المجال ، وهى اختبارات معلوماتية وتشبه الاختبار الذى صممه جورم وزملاؤه Jorm et al. (1989) والذى يستخدم الآن كثيرًا لتقدير التدهور المعرفى ، ويتضمن مقياس أنشطة الحياة اليومية [7] (Lawton and Brady, 1969) مهارات وانشطه ذات صلة بالمسنين الأقل إعاقة . كما يغطى استخبار الأنشطة الوظيفية [8] (Pfeffer et al., 1982) ، مهارات إعداد الطعام ، ومهارات غسل الملابس ، واستخدام وسائل الانتقال ، والمسئوليات المالية وغيرها . ويقاس وقت الفراغ المنزلى والعمل والأنشطة الخارجية بمؤشر هولبروك واسكيلبك

(1) Crichton Geriatric Rating Scale.
(2) The Behavior Rating Scale from the Califorinia Procedures for Elderly.
(3) Brigton Clinc Adaptive Behavior Scale.
(4) Factor Scores .
(5) Green et al. 's Behaviouval and Mood Disturbance Scale .
(6) Gilleard's Problem check - List.
(7) Instrumental. Activities of Daily Living.
(8) Functional Activities Questionnaire.

للأنشطة[1] ذى الـ ١٥ بندا (Holbrook and skilbeck, 1983) .

الملاحظة المقننة

على العكس هنا ، فإن أداء الشخص يقيم فى موقف مقنن . ويقوم هذا الأسلوب على الاختبار الأدائى للأنشطة اليومية (٢) (Kurriansky and Gurland, 1976; Macdonald et al., 1982) ، وهو يتضمن ١٧ مهمة ، ويمكن تطبيقه مع المساعدة ، بوصفه أداة مقننة ، وبما يكشف عن السلوك التوافقى، الذى لا ينُبه أو يُشجع فى بيئه الجناح (داخل المؤسسه) ، وتتأثر مقاييس التقدير التقليدية بشكل محتوم بمدى الاستقلال ، الذى يسمح نظام رعاية المرضى بتعزيزه . وعلى الرغم من ذلك ، فإن الأداء دون المستوى على الاختبار الأدائى لأنشطة الحياة اليومية يمكن أن يحدث ، إذا تأثر المريض بعدم الألفة بالموقف ، أو كانت لديه صعوبه فى فهم التعليمات ، أو كان لديه قلق من الاختبار أو صعوبات دافعية .

وقد طور سكيورلا وزملاؤه Skurla et al. (1988) مقياس أنشطة التوافق اليومى (٣) ، والذى يهدف التركيز بصورة أكبر على الذاكرة والاستدلال ، ويقدر أقل على المهام الحركية مقارنة بالاختبار الادائى لأنشطة الحياة اليومية ، وهو يتضمن أربع مهارات ، ومرة أخرى يستخدم بواسطة أدوات مقننة ومواد وتعليمات ، وتنبيهات نوعية وتتضمن المهام إعداد فنجان من القهوة ، واستخدام النقود لشراء شيئين . وقد اقترح ماهورين وزملاؤه Mahurin et al. (1991) مقياساً أطول على الأسس نفسها ، هو التقدير المقنن لمهارات الحياة الاستقلالية (٤).

الملاحظه المباشرة

تتم ملاحظة السلوك فى البيئة الطبيعية بطريقة نظامية ، وعادة ما يكون ذلك باستخدام بعض أساليب العينات للحفاظ على جوده البيانات ، التى يتم جمعها بنسبة تسمح بالتعامل بها ، وربما يمكن ملاحظة أنماط معينة فقط من السلوك ، أو قد يتم الحصول على الملاحظات ، على مدى عينات زمنية منفصلة ، وعلى الرغم مما أوضحه جودلف وزملاؤه Godlove et al. (1982) من أن اللجوء إلى العينات ليس من الأمور الجوهرية دائماً مع المسنين . وتتطلب الملاحظة المباشرة ترتيبات أساسية ، تسمح للمسنين وفريق المؤسسة بوقت للتأقلم مع وجود الملاحظ ، مع تحديد دقيق لأشكال السلوك والمواقف التى ستتم ملاحظتها .

وقد عُنيت بعض الدراسات بمدى المشاركة اللازمة لتقدير نسبة المقيمين المشاركين فى الأنواع نفسها من الأنشطة ، والتفاعل مع الأشخاص والأشياء (Jenkins et al., 1977) . ويمكن توسيع تعريف السلوك ليشمل وصفًا تفصيليا أعرض له (McFadyen, 1984; Macdonold et al., 1985; ward et al., 1992) وقد استخدم باليتس Baltes et al. (1980) الملاحظة المباشر لتقدير كل من العلاقات الانعزالية المهمة بين المسنين المقيمين وسلوك فريق الرعاية . ويذكر ليندساى وزملاؤه Lindesay et al. (1991) أهميتها فى مقارنة مواقف الرعاية ، على المدى الطويل للاشخاص المصابين بالعته الحاد.

---

(1) Holbrook and skilbeck's 15 items Activities Index.
(2) Performance Test of Activities of Daily Living (PADL).
(3) Activities of Daily Living (ADL).
(4) Structural Assessment of Independant Living Skills (SAILS).

تقييم البيئة

يمكن لأساليب تقييم بيئات المؤسسات أن تساعد فى تحديد الخصائص ، التى تحتاج إلى تغيير ، وفى ملاحظة محاولات التدخل . وأحد إجراءات التقييم متعددة الأوجه عبارة عن مقياس تفصيلى شامل (Moos and Lemke, 1980) صمم لتقدير مواقف إقامه المسنين ، وقنن على هذه المواقف وهو يتضمن تقييم الجوانب الفيزيقية والمعمارية ، وكذلك خصائص المقيمين ، وسمات فريق العناية ، والمناخ الاجتماعى، ويغطى أيضاً جوانب سياسات الموقف ونظمه جميعها ، وأحد أمثلة استخدامه هو فى المقارنة بين الأنواع المختلفة لفلسفة الرعاية . (Benjamin and Spector, 1992)

والمقياس طويل وغير مناسب لمرضى العته ، واستخدمت بعض الدراسات التى هدفت لتقييم الأنواع الجديدة من وحدات الإقامة المنزلية للأشخاص المسنين من ذوى العته الشديد ، مثل دراسة ليندساى وزملاؤه (Lindesay et al. (1991 مقاييس مختاره من إجراءات التقييم متعددة الأوجه (MEAP)، واختارت دراسات أخرى بنوداً من مقاييس أخرى متعددة وعدلتها . ويذكر ويلكوكس وزملاؤه Wilcocks et al. (1987) مسحاً على المستوى القومى لبيوت الإقامة ، تم على أساس عدد من المتغيرات البيئية . كما طور بوي وزمـلاؤه (Bowie et al. (1992 سته مقاييس لتقييم جوانب بيئه الجناح للاستخدام بصفة خاصة، فى مؤسسات الإقامة الممتدة لمرضى العته ، وأوردوا بيانات للصدق والثبات . وهناك احتمال لوجود اهتمام متزايد بمثل هذه المقاييس ، مع تأكيد زيادة جودة العناية الممتدة . وطور كيتوود Kitwood (1992) طريقة للملاحظه المباشرة ، هى خريطة رعاية العته ، وهى تنصب علاوة على ذلك على أبعاد الجودة ، وتقييم المدى الذى تعزز به البيئة وممارسات الفريق ، أو تقلل من شخصية (٢) المريض العتهى .

اعتبارات عملية

هناك أهمية للعديد من النقاط العملية :

أولا : أن الآفات الحسية شائعة بين المسنين ، ويتعين العناية بأن المريض يستطيع الرؤية والسمع بصورة ملائمة باستخدام نظارة أو معينات سمعية ، إذا كان ذلك ضرورياً ، وإذا كان العجز الحسى شديداً وغير قابل للتصحيح ، فستكون هناك حاجة لاستخدام الاختبارات ، التى تقيس الحواس غير العاجزة فقط . وقد تكون التعليمات الكتابية مفيدة مع المرضى الصم ، فى بعض الاختبارات .

ثانياً : قد يحتاج المرضى المسنين لوقت أطول للتأقلم مع موقف الاختبار ، وغالباً ماتكون هناك حاجة لإنفاق قدر أطول من الوقت لجعل المريض مستريحًا ، ولإقامة مناخ من التعاون والثقة ، وشرح اهداف التقييم وفائدته للمريض .

ثالثا : قد يكون المريض فى حاجة لتشجيع تدعيمى خلال الاختبار ، وعادة ما يكون مثل هذا التشجيع ذا طبيعة عامة ، وكثيراً ما يكون من المفيد شرح أن كل شخص يفشل فى بعض البنود نتيجة لتصميم الاختبار ، وكثيراً ما يقلل المرضى من تقديرهم لمستوى أدائهم ، ولذلك فإن تقديم تقييم واقعى إيجابى كثيراً ما يكون ممكنًا . كما أن الإطراء غير الواقعى لفشل المريض بصورة واضحة غير مفيد .

ويجب التقدم فى جلسه الاختبار بلطف ، والجلسات التى تتضمن استعجالاً أو ضغطًا ستزيد من درجة الإعاقة الظاهرة . ومن المفضل أن يتم الاختبار على امتداد عده جلسات قصيرة بدلا من جلسة

(1) Multi-phasic Environmental Assessment Procedure (MEAP).

(2) Personhood.

واحدة طويله للإقلال من أثار التعب ، وعلى أن تنتهى كل جلسة بتعليق حول النجاح بما يساعد على استمرار التعاون المستقبلى . ويتعين مراجعة مستوى صعوبة البنود المستخدمة بعناية حتى يعايش المريض بأقل قدر خبره الفشل الواضح بقدر الإمكان ، وبالأخص فى بداية الجلسة .

وهناك دعوى ترى أن استخدام الاختبارات ، التى يبدو أنها ذات علاقة بحياة المريض اليومية ستزيد من دافعيته (Kendrick, 1982) غير أن هذا المفهوم العام عن الصدق البيئ (١) يحتاج لتطوير اضافى (Volans and Woods, 1983) . والأمر الواضح هنا هو أن الاختبارات التى تعرض المرضى المسنين لفشل متكرر وواضح مثيرة للتوتر ، وتؤدى إلى خفض التعاون ، ويتعين استخدامها بحرص . والمفارقة هنا هى أن الاختبارات التى تبدو شديدة الشبه بالحياة الواقعية ، يمكن أن تؤدى إلى زيادة توتر المريض ، بينما الاختبارات التى تأخذ شكلاً اقرب إلى الالعاب (٢) قد تكون أكثر قبولاً .

اتجاهات مستقبلية

توجد الآن فرصة مهمة للتقدم ، وحاليًا يوجد الكثير من المرضى المسنين المعاقين بشكل حاد لايمكن عمليًا اختبارهم بصورة تقليدية . جزئيًا لأن الاختبارات تشدد على الآفات الظاهرة بدلاً من تشديدها على القدرات المتبقية . بالاضافة لذلك يتعين تقييم كل المرضى سلوكيًا ، وتحتاج مقاييس التقديرات السلوكية المستقبلية لتطويرات عقلانية ، مستخدمة فى ذلك طريقة جتمان Guttman لتوفر الحد الأقصى من المعلومات بطريقة تتميز بالكفاءة . وستكون المقاييس التفصيلية المخصصة لمجالات معينة ، مثل : قمع الشهوات والغذاء وغيرها ، التى تحلل المهارات إلى مكوناتها الجزئية ، مفيدة فى تصميم برامج التدخل المستخدمة الآن بصورة متزايدة .

ويتضمن التأكيد المتزايد لضرورة تقدير الاحتياجات ، الذى صاحب اقرار تشريع الرعاية المجتمعية فى المملكة المتحدة تحديًا للأخصائيين النفسيين ؛ للاسهام فى تطوير الاستراتيجيات الخاصة بالتقييم ، والتى تؤدى إلى حزمة فعالة وملائمة لرعاية المسنين الذين يحتاجون المساعدة للعيش فى المجتمع .

ومن المأمول أن تسمح الاختبارات الأتوماتية * باجراء تقدير معرفى للمرضى ، الذين لا يمكن اختبارهم بأسلوب تقليدى (Miller, 1980) . ويلاحظ كيندريك Kendrick (1982) أنه على النقيض من الشكوك المحيطة بذلك ، يوجد قبول للاختبارات ، التى تستخدم الكمبيوتر بالنسبة للجيل الحالى من المسنين . وقد ظهر عدد من التقارير حول تطور هذه الأساليب (e. g. Carr et al., 1986. b; Sahakian, 1990; Simpson et al., 1991) وتوفر الإمكانات الخاصة باستخدام الحواسب (الكمبيوترز) الصغيرة فرصة ممتازة للتوصية بجيل جديد من الاختبارات ، تؤكد النجاح بدلاً من الفشل ، وتكون مناسبة لإعادة الاستخدام ، واضعة فى الاعتبار نماذج معالجة المعلومات المستخدمة حاليًا فى علم النفس التجريبى ، بما فى ذلك الاعتبارات الخاصة بالاستراتيجيات التى يتبناها المريض . ويسمح استخدام سرعة الاستجابة كمقياس للتمييز بين المرضى حتى بالنسبة للآداء الذى يخلو من الأخطاء . كما يمكن أيضًا استخدام الرسوم البيانيه التى يوفرها الكمبيوتر لزياده جاذبية المواد وتنمية الشغف بها . وقد أشار عديد من الدراسات إلى أن المسنين ، بما فى ذلك المصابين بالعته ، يستقبلون مثل هذه البطاريات بترحاب . وهناك

(*) اي الأختبارات التى تطبق بواسطة الحاسب الالي (الكمبيوتر) .

(1) Ecological Validity.
(2) Games.

بعض الدلائل على أن الأداء يتعزز من خلال استخدام شاشة حساسة للمس (١) ،أكثر مما يتعزز باستخدام لوحة الأزرار للإجابة (Carr et al., 1986 a) وهذه البطاريات على وشك أن تصبح واسعة الاستخدام إكلينيكيا ، وقد يرتبط ذلك جزئيًا بالفترة المطلوبة لتطوير الاختبارات ، وبمجرد أن يكتمل الاختبار سيكون الجيل التالى من تصميمات هندسة الكمبيرتر (٢) قد ظهر . وعلى الرغم من ذلك فإن الزيادة الحالية فى استخدامها فى البحوث ستؤدى إلى زيادة احتمالات ظهور الاختبارات الكمبيوترية نتيجة لها وتصبح أمرًا معتادًا .

(1) Touch - Sensitive Screen.
(2) Hard ware.

References

Baddeley, A., Emslie, H. and Nimmo-Smith, I. (1993) 'The Spot-the-Word test: a robust estimate of verbal intelligence based on lexical decision', *British Journal of Clinical Psychology* 32: 55–65.

Baltes, M. M., Burgess, R. L. and Stewart, R. B. (1980) 'Independence and dependence in self-care behaviours in nursing home residents: an operant observational study', *International Journal of Behavioural Development* 3: 489–500.

Baltes, P. B. and Lindenberger, U. (1988) 'On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experience: 15 years of intervention research', *Behavior Therapy* 19: 283–300.

Beardsall, L. and Brayne, C. (1990) 'Estimation of verbal intelligence in an elderly community; a prediction analysis using a shortened NART', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 83–90.

Beech, J. R. and Harding, L. (ed.) (1990) *Assessment of the Elderly*, Windsor: NFER-Nelson.

Bellucci, G. and Hoyer, W. J. (1975) 'Feedback effects on the performance and self-reinforcing behaviour of elderly and young adult women', *Journal of Gerontology* 30: 456–60.

Benjamin, L. C. and Spector, J. (1992) 'Geriatric care on a ward without nurses', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 743–50.

Benton, A. L. (1974) *The Revised Visual Retention Test*, New York: Psychological Corporation.

Benton, A. L., Eslinger, P. J. and Damasio, A. R. (1981) 'Normative observations on neuropsychological test performance in old age', *Journal of Clinical Neuropsychology* 3: 33–42.

Bigot, A. (1974) 'The relevance of American life satisfaction indices for research on British subjects before and after retirement', *Age and Ageing* 3: 113–21.

Bird, A. S., Macdonald, A. J. D., Mann, A. H. and Philpot, M. P. (1987) 'Preliminary experience with the SELFCARE (D): a self-rating depression questionnaire for use in elderly, non-institutionalized subjects', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2: 31–8.

Birkhill, W. R. and Schaie, K. W. (1975) 'The effect of differential reinforcement of cautiousness in intellectual performance among the elderly', *Journal of Gerontology* 30: 578–83.

Birren, J. E. and Schaie, K. W. (eds) (1990) *Handbook of the Psychology of Aging, 3rd edn*, San Diego: Academic Press.

Blackburn, I. M. and Tyrer, G. M. B. (1985) 'The value of Luria's neuropsychological investigation for the assessment of cognitive dysfunction in Alzheimer-type dementia', *British Journal of Clinical Psychology* 24: 171–9.

Bowie, P., Mountain, G. and Clayden, D. (1992) 'Assessing the environmental quality of long-stay wards for the confused elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 95–104.

Britton, P. G. and Savage, R. D. (1966) 'A short form of WAIS for use with the aged', *British Journal of Psychiatry* 112: 417–18.

Broek, M. D. v. d. and Bradshaw, C. M. (1990) 'Intellectual decline and the assessment of premorbid intelligence', in J. R. Beech and L. Harding (eds) *Assessment of the elderly*, Windsor: NFER-Nelson (13–28).

Carr, A. C., Woods, R. T. and Moore, B. J. (1986a) 'Automated cognitive assessment of elderly patients: a comparison of two types of response device', *British Journal of Clinical Psychology* 25: 305–6.

Carr, A. C., Woods, R. T. and Moore, B. J. (1986b) 'Developing a microcomputer-based automated testing system for use with psychogeriatric patients', *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists* 10: 309–12.

Christensen, H. and Jorm, A. F. (1992) 'Short report: effect of premorbid intelligence on the Mini-Mental State and IQCODE', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 159–60.

Church, M. and Wattis, J. P. (1988) 'Psychological approaches to the assessment and treatment of old people', in J. P. Wattis and I. Hindmarch (eds) *Psychological Assessment of the Elderly*, Edinburgh: Churchill Livingstone (151–79).

Cockburn, J. and Smith, P. T. (1989) *The Rivermead Behavioural Memory Test; Supplement 3: Elderly People*, Titchfield, Hampshire: Thames Valley Test Company.

Crawford, J. R., Allan, K. M., Stephen, D. W., Parker, D. M. and Besson, J. A. O. (1989) 'The Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised (WAIS–R): factor structure in a UK sample', *Personality and Individual Differences* 10: 1209–12.

Crawford, J. R., Allan, K. M. and Jack, A. M. (1992a) 'Short-forms of the UK WAIS–R: regression equations and their predictive validity in a general population sample', *British Journal of Clinical Psychology* 31: 191–202.

Crawford, J. R., Moore, J. W. and Cameron, I. M. (1992b) 'Verbal fluency: a NART-based equation for the estimation of premorbid performance', *British Journal of Clinical Psychology* 31: 327–9.

Crookes, T. B. and McDonald, K. G. (1972) 'Benton's visual retention test in the differentiation of depression and early dementia', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 11: 66–9.

Demming, J. A. and Pressey, S. L. (1957) 'Tests "indigenous" to the adult and older years', *Journal of Counselling Psychology* 4: 144–8.

De Renzi, E. and Faglioni, P. (1978) 'Normative data and screening power of a shortened version of the Token test', *Cortex* 14: 41–9.

De Renzi, E. and Vignolo, L. A. (1962) 'The token test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasias', *Brain* 85: 665–78.

DesRosiers, G. (1992) 'Primary or depressive dementia: clinical features', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 629–38.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. and McHugh, P. R. (1975) '"Mini Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician', *Journal of Psychiatric Research* 12: 189–98.

Fuld, P. A. (1977) *Fuld Object Memory Evaluation*, Windsor: NFER-Nelson.

Furry, C. A. and Baltes, P. B. (1973) 'The effect of age differences in ability extraneous performance variables on the assessment of intelligence in children, adults and the elderly', *Journal of Gerontology* 28: 73–80.

Gallagher, D., Nies, G. and Thompson, L. W. (1982) 'Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 152–3.

Gibson, A. J., Moyes, I. C. A. and Kendrick, D. (1980) 'Cognitive assessment of the elderly long-stay patient', *British Journal of Psychiatry* 137: 551–7.

Gilleard, C. J. (1984) *Living with Dementia*, Beckenham, Kent: Croom Helm.

Gilleard, C. J., Willmott, M. and Vaddadik, S. (1981) 'Self-report measures of mood and morale in elderly depressives', *British Journal of Psychiatry* 138: 230–5.

Godlove, C., Richard, L. and Rodwell, G. (1982) *Time for action: an observation study of elderly people in four different care environments*, Sheffield: Social Services Monographs.

Goldberg, D. (1978) *Manual of the General Health Questionnaire*, Windsor: NFER-Nelson.

Golding, E. (1989) *Middlesex Elderly Assessment of Mental State*, Titchfield, Hampshire: Thames Valley Test Company.

Greene, J. G., Smith, R., Gardiner, M. and Timbury, G. C. (1982) 'Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effect on relatives: a factor analytic study', *Age and Ageing* 11: 121–6.

Gurland, B. J. (1980) 'The assessment of the mental health status of older adults', in J. E. Birren and R. B. Sloane (eds) *Handbook of Mental Health and Aging*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Hart, S., Smith, C. M. and Swash, M. (1988) 'Word fluency in patients with early dementia of Alzheimer type', *British Journal of Clinical Psychology* 27: 115–24.

Hodkinson, H. M. (1972) 'Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly', *Age and Ageing* 1: 233–8.

Holbrook, M. and Skilbeck, C. E. (1983) 'An activities index for use with stroke patients', *Age and Ageing* 12: 166–70.

Holden, U. P. (1988) *Neuropsychology and Ageing: Definitions, Explanations and Practical Approaches*, London: Croom Helm.

Holden, U. P. and Woods, R. T. (1988) *Reality Orientation: Psychological Approaches to the 'Confused' Elderly, 2nd edn.*, Edinburgh: Churchill Livingstone.

Holland, C. A. and Rabbitt, P. (1991) 'The course and causes of cognitive change with advancing age', *Reviews in Clinical Gerontology* 1: 81–96.

Huppert, F. A. (1991) 'Neuropsychological assessment of dementia', *Reviews in Clinical Gerontology* 1: 159–69.

Isaacs, B. and Akhtar, A. J. (1972) 'The set test: a rapid test of mental function in old people', *Age and Ageing* 1: 222–6.

Jenkins, J., Felce, D., Lunt, B. and Powell, E. (1977) 'Increasing engagement in activity of residents in old people's homes by providing recreational materials', *Behaviour Research and Therapy* 15: 429–34.

Jorm, A. F., Scott, R. and Jacomb, P. (1989) 'Assessment of cognitive decline in dementia by informant questionnaire', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 4: 35–9.

Katona, C. L. E. and Aldridge, C. R. (1985) 'The dexamethasone suppression test and depressive signs in dementia', *Journal of Affective Disorders* 8: 83–9.

Kendrick, D. C. (1982) 'Why assess the aged? A clinical psychologist's view', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 47–54.

Kendrick, D. C. (1985) *Kendrick Cognitive Tests for the Elderly*, Windsor: NFER-Nelson.

Kendrick, D. C., Gibson, A. J. and Moyes, I. C. A. (1979) 'The revised Kendrick battery: clinical studies', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18: 329–40.

Kimmel, D. (1990) *Adulthood and Aging, 3rd edn*, New York: Wiley.

Kirshner, H. S., Webb, W. G. and Kelly, M. P. (1984) 'The naming disorder of dementia', *Neuropsychologia* 22: 23–30.

Kitwood, T. (1992) 'Quality assurance in dementia care', *Geriatric Medicine* September: 34–8.

Klisz, D. (1978) 'Neuropsychological evaluation in older persons, in M. Storandt, I. C. Siegler and M. F. Elias (eds) *The Clinical Psychology of Aging*, New York: Plenum Press (71–96).

Kuriansky, J. and Gurland, B. (1976) 'The performance test of activities of daily living', *International Journal of Aging and Human Development* 7: 343–52.

Lam, D. H., Brewin, C. R., Woods, R. T. and Bebbington, P. E. (1987) 'Cognition and social adversity in the depressed elderly', *Journal of Abnormal Psychology* 96: 23–6.

Lam, D. H. and Power, M. J. (1991) 'Social support in a general practice elderly sample', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 89–93.

Lawton, M. P. (1975) 'The Philadelphia Geriatric Center Morale scale: a revision', *Journal of Gerontology* 30: 85–9.

Lawton, M. P. and Brody, E. (1969) 'Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living', *Gerontologist* 9: 179–86.

Lindesay, J., Briggs, K., Lawes, M., Macdonald, A. and Herzberg, J. (1991) 'The domus philosophy: a comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 727–36.

Macdonald, A. J. D., Mann, A. H., Jenkins, R., Richard, L., Godlove, C. and Rodwell, G. (1982) 'An attempt to determine the impact of four types of care upon the elderly in London by the study of matched groups', *Psychological Medicine* 12: 193–200.

Macdonald, A. J. D., Craig, T. K. J. and Warner, L. A. R. (1985) 'The development of a short observational method for the study of the activity and contacts of old people in residential settings', *Psychological Medicine* 15: 167–72.

McFadyen, M. (1984) 'The measurement of engagement in the institutionalised elderly', in I. Hanley and J. Hodge (eds) *Psychological Approaches to the Care of the Elderly*, London: Croom Helm.

McKenna, P. and Warrington, E. K. (1983) *The Graded Naming Test*, Windsor: NFER-Nelson.

Mahurin, R. K., DeBettignies, B. H. and Pirozzolo, F. J. (1991) 'Structured assessment of independent living skills: preliminary report of a performance measure of functional abilities in dementia', *Journal of Gerontology* 46: P58–66.

Miller, E. (1980) 'Cognitive assessment of the older adult', in J. E. Birren and R. B. Sloane (eds) *Handbook of Mental Health and Aging*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Miller, E. (1984) 'Verbal fluency as a function of a measure of verbal intelligence and in relation to different types of cerebral pathology', *British Journal of Clinical Psychology* 23: 53–7.

Montgomery, S. A. (1988) 'Measuring mood', in J. P. Wattis and I. Hindmarch (eds) *Psychological Assessment of the Elderly*, Edinburgh: Churchill Livingstone (138–50).

Moos, R. and Lemke, S. (1980) 'Assessing the physical and architectural features of sheltered care settings', *Journal of Gerontology* 35: 571–83.

Morris, R. G. and Kopelman, M. D. (1986) 'The memory deficits in Alzheimer-type dementia: a review', *Quarterly Journal of Experimental Psychology* 38A: 575–602.

Nelson, H. E. (1982) *The National Adult Reading Test*, Windsor: NFER-Nelson.

Nelson, H. E. and McKenna, P. (1975) 'The use of current reading ability in the assessment of dementia', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 14: 259–67.

Nelson, H. E. and Willison, J. (1991) *National Adult Reading Test: Test Manual*, Windsor: NFER-Nelson.

O'Carroll, R. E., Baikie, E. M. and Whittick, J. E. (1987) 'Does the National adult reading test hold in dementia? *British Journal of Clinical Psychology* 26: 315–16.

O'Neill, D., Rice, I., Blake, P., Walsh, J. B. and Coakley, D. (1992) 'The geriatric depression scale: rater-administered or self-administered', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 511–15.

Orme, J. E. (1957) 'Non-verbal and verbal performance in normal old age, senile dementia and elderly depressives', *Journal of Gerontology* 12: 408–13.

Orrell, M., Howard, R., Payne, A., Bergmann, K., Woods, R., Everitt, B. S. and Levy, R. (1992) 'Differentiation between organic and functional psychiatric illness in the elderly: an evaluation of four cognitive tests', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 263–75.

Owens, W. (1966) 'Age and mental abilities: a second adult follow-up', *Journal of Educational Psychology* 51: 311–25.

Pattie, A. H. (1988) 'Measuring levels of disability – the Clifton Assessment Procedures for the Elderly', in J. P. Wattis and I. Hindmarch (eds) *Psychological Assessment of the Elderly*, Edinburgh: Churchill Livingstone (61–80).

Pattie, A. H. and Gilleard, C. J. (1979) *Manual for the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE)*, Sevenoaks: Hodder & Stoughton Educational.

Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Chance, J. M. and Filos, S. (1982) 'Measurement of functional activities in older adults in the community', *Journal of Gerontology* 37: 323–9.

Powell, G. E., Bailey, S. and Clark, E. (1980) 'A very short version of the Minnesota Aphasia test', *British Journal of Social and Clinical Psychology* 19: 189–94.

Rabbitt, P. (1982) 'How to assess the aged? An experimental psychologist's view: some comments on Dr Kendrick's paper', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 55–9.

Raven, J. C., Court, J. H. and Raven, J. (1976) *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*, London: H K Lewis.

Robinson, R. A. (1977) 'Differential diagnosis and assessment in brain failure', *Age and Ageing* 6 (Supplement): 42–9.

Roth, M., Huppert, F. A., Tym, E. and Mountjoy, C. Q. (1988) *CAMDEX – Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly*, Cambridge: Cambridge University Press.

Ruddle, H. V. and Bradshaw, C. M. (1982) 'On the estimation of premorbid intellectual functioning: validation of Nelson and McKenna's and some new normative data', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 159–65.

Ryan, J. J., Paolo, A. M. and Brungardt, T. M. (1990) 'Standardisation of the WAIS–R for persons 75 years and older', *Psychological Assessment: a Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2: 404–11.

Rybash, J. M., Hoyer, W. J. and Roodin, P. A. (1986) *Adult Cognition and Aging: Developmental Changes in Processing, Knowing and Thinking*, New York: Pergamon.

Sahakian, B. J. (1990) 'Computerized assessment of neuropsychological function in Alzheimer's disease and Parkinson's disease', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 5: 211–13.

Sahakian, B. J. (1991) 'Depressive pseudodementia in the elderly', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 453–8.

Savage, R. D., Britton, P. G., Bolton, N. and Hall, E. (1973) *Intellectual Functioning in the Aged*, London: Methuen.

Schaie, K. W. (1990) 'Intellectual development in adulthood', in J. E. Birren and K. W. Schaie (eds) *Handbook of the Psychology of Aging, 3rd edn*, San Diego: Academic Press (291–309).

Siegler, I. C. and Botwinick, J. (1979) 'A long-term longitudinal study of the intellectual ability of older adults – the matter of selective subject attrition', *Journal of Gerontology* 34: 242–8.

Simpson, P. M., Surmon, D. J., Wesnes, K. A. and Wilcock, G. K. (1991) 'The cognitive drug research computerized assessment system for demented patients: a validation study', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6: 95–102.

Skurla, E., Rogers, J. C. and Sunderland, T. (1988) 'Direct assessment of activities of daily living in Alzheimer's disease: a controlled study', *Journal of American Geriatrics Society* 36: 97–103.

Stevens, S. J., Pitt, B. M. N., Nicholl, C. G., Fletcher, A. E. and Palmer, A. J. (1992) 'Language assessment in a memory clinic', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 45–51.

Stuart-Hamilton, I. (1991) *The Psychology of Ageing: An Introduction*, London: Jessica Kingsley.

Teri, L. and Lewinsohn, P. (1982) 'Modification of the Pleasant and Unpleasant Events schedules for use with the elderly', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 444–5.

Twining, C. (1990) 'Assessment of personal adjustment', in J. R. Beech and L. Harding (eds) *Assessment of the elderly*, Windsor: NFER-Nelson (87–99).

Volans, P. J. and Woods, R. T. (1983) 'Why do we assess the aged?' *British Journal of Clinical Psychology* 22: 213–14.

Walker, S. (1980) 'Application of a test for aphasia to normal old people', *Journal of Clinical and Experimental Gerontology* 2: 185–98.

Ward, T., Murphy, E. and Procter, A. (1991) 'Functional assessment in severely demented patients', *Age and Ageing* 20: 212–16.

Ward, T., Murphy, E., Procter, A. and Weinman, J. (1992) 'An observational study of two long-stay psychogeriatric wards', *International Journal of Geriatric Psychiatry* 7: 211–17.

Warrington, E. K. (1984) *Recognition Memory Test Manual*, Windsor: NFER-Nelson.

Wechsler, D. (1955) *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*, New York: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1981) *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scales – Revised*, New York: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1987) *Wechsler Memory Scale – Revised*, New York: Psychological Corporation.

Weeks, D. J. (1988) *The Anomalous Sentences Repetition Test*, Windsor: NFER-Nelson.

Whitehead, A. (1973) 'Verbal learning and memory in elderly depressives', *British Journal of Psychiatry* 123: 203–8.

Wilkie, F. and Eisdorfer, C. (1971) 'Intelligence and blood pressure in the aged', *Science* 172: 959–62.

Willcocks, D. M., Peace, S. M. and Kellaher, L. A. (1987) *Private Lives in Public Places*, London: Tavistock.

Williams, B. W., Mack, W. and Henderson, V. W. (1989) 'Boston naming test in Alzheimer's disease', *Neuropsychologia* 27: 1073–9.

Wilson, B. A., Cockburn, J. and Baddeley, A. D. (1985) *The Rivermead Behavioural Memory Test*, Titchfield, Hampshire: Thames Valley Test Company.

Woods, R. T. and Britton, P. G. (1985) *Clinical Psychology with the Elderly*, London: Croom Helm/Chapman and Hall.

Yesavage, J. A., Brink, T. L. and Rose, T. L. (1983) 'Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report', *Journal of Psychiatric Research* 17: 37–49.